جـامعة عمار ثليـجي بالأغـواط



دراســـــات

مجلّة دولية محكّمة



فعاليات الملتقى الوطني الأول

واقع الصحّة النفسية في مدينة الأغواط

يومي 27/28 أفريل 2015

تنظيم مخبر الصحّة النفسية

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

بجامعة عمار ثليجي الأغواط

العدد: 40
مارس 2016

ISSN 1112-4652

مجلّة "دراسات"

مجلّة دولية علمية محكّمة متعدّدة التخصّصات

تصدر عن جامعة عمار ثليجي بالأغواط

مجلّة دراسات - العدد :40 - مارس 2016

مجلة دراسات - العدد: 40 - مارس 2016

الهيئة الاستشارية

قواعد النشر

1- تنشر المجلّة البحوث العلمية للأساتذة الباحثين في مختلف التخصّصات.

2- تقدّم البحوث على قرص مكتوب بنظام word أو عن طريق البريد الإلكتروني:

bourguiba_d@yahoo.fr

3- يرفق البحث بملخّص في حدود 70 كلمة من نفس لغة البحث، وملخّص ثانٍ باللغة الإنجليزية، مع الكلمات المفتاحية، وكذا ملخّص للسيرة الذاتية للباحث.

4- أن لا يكون البحث منشورًا من قبل، أو مقدّمًا للنشر في جهة أخرى، ويقدّم الباحث تعهّدًا مكتوبًا بذلك.

5- أن لا يكون البحث فصلاً من رسالة جامعية.

6- أن لا تقلّ صفحات البحث عن 15 صفحة (أي في حدود 4000 كلمة)، وأن لا تزيد عن 30 صفحة.

7- أن يلتزم الباحث منهجية علمية معتمدة.

8- البحوث التي تخلّ بأيّ ضابط من الضوابط أعلاه لا تؤخذ بعين الاعتبار.

9- تخضع البحوث والمقالات لرأي محكّمين من مختلف الجامعات.

10- ترتيب البحوث لا يخضع لأهمّية البحث ولا لمكانة الباحث.

11- البحوث التي تقدّم للمجلّة لا تردّ إلى أصحابها نشرت أم لم تنشر، ولا تلتزم المجلّة بإبداء أسباب عدم النشر.

ملاحظة:

جميع الآراء الواردة في المجلّة تعبّر عن وجهة نظر أصحابها, ولا تعبّر بالضرورة عن وجهة نظر المجلّة أو الجامعة.

مجلة دراسات - العدد : 40 - مارس 2016

فهرس المحتويات

مجلّة دراسات - العدد 40: - مارس 2016

حفظ القرآن الكريم وعلاقته بالصحّة النفسية

دراسة ميدانية على طلبة قسمي العلوم الإسلامية والاجتماعية بجامعة عمار ثليجي– الأغواط

د. محمد بوفاتح، أ.خلف الله جاب الله، أ. سليم عطاوة
جامعة الأغواط

الملخص

تهدف الدراسة إلى التعرّف على علاقة حفظ القرآن بالصحّة النفسية، وكذا التعرّف على الفروق في الصحّة النفسية بين الطلبة الحفظة وغير الحفظة للقرآن الكريم (طلبة العلوم الإسلامية وطلبة العلوم الاجتماعية)، وقد أجريت الدراسة بجامعة عمار ثليجي بالأغواط على عينة قوامها 72 طالبًا وطالبة. وبعد المعالجة الإحصائية خلصت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- العلاقة ارتباطية موجبة بين حفظ القرآن والصحّة النفسية لدى العينة بمستوى صحّة النفسية مرتفع.
- توجد فروق بين الحفظة وغير الحفظة في مستوى الصحّة النفسية وذلك لصالح الطلبة الحفظة.
- توجد فروق في مستوى الصحّة النفسية تعزى إلى متغير التخصّص لصالح طلبة العلوم الإسلامية.

Abstract

The study aims to identify the relationship of memorizing the Quran with mental health, as well as to identify the differences in Psychological health between students who memorize of the Quran and who does not memorize the Quran (Students Islamic sciences and students of social sciences), The study was done at the University of Ammar Tlugi in Laghouat on a sample of 72 male and female students . After statistical treatment study concluded the following results:

- The relationship is positive correlation between memorizing the Quran and Psychological health among the sample with a high level of mental health.
- There are differences between who memorize and who do not memorize in the level of Psychological health for the benefit of students who memorize .
- There are differences in the level of Psychological health are attributable to variable specialization in favor of the students of Islamic sciences.

لم تنقطع الرابطة بين السماء والأرض، بهبوط سيّدنا آدم وزوجه حواء عليهما السلام وقصّتهما مع إبليس، وما حدث لهما من أسباب خروجهما من الجنَّة - مع اختلاف في التفسيرات للحادثة - والذي تنعقد عليه الصلة بين الملكوت الأعلى وبني البشر على هذه البسيطة، هو الرسالات السماوية التي يؤيد الله سبحانه عز وجل بها عباده الذين يختارهم ويصطفيهم لمقام الرسالة والنبوة، والله يعلم حيث يضع رسالاته، فيحملُ الرُسل هذه التعاليم الإلهية التي ضُمِّنت في كتب مقدسة جاءت رحمة

للعالمين، فكلّما زاغ بنو البشر وحادوا عن سبيل الاستقامة، إلاّ وكان مبعث الرسول يقوم بالتبليغ والتشريع وردِّ القيم إلى الفطرة الأولى التي فطر الله الناس عليها.

ولعلَّ مسار الرسالات كان يحمل معه تاريخا من الصدامات والعقبات مع أهل الشرك والظلال، وما من رسول بُعث إلاّ وكان له نصيب من العذاب والآلام والمشقة والعنت من قومه ومن يدعوهم إلى التوحيد، ولم يكن محمّد صلّى الله عليه وسلّم الرسول الأكرم استثناء بل قام على تبليغ ما جاء في القرآن الكريم الذي كان مُعجِزا بلغتِه وبيانه ومعانيه، فهو كتاب من عند الله لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه.

فقد استطاع رسول الله صلى الله عليه وسلم بالوحي المنزَّل إليه أنَّ يغيِّر حياة أمة، ويُجرِي فيها دماءً جديدةً بفضل ما جاء في القرآن الكريم الذي أُنزل من لدن حكيم عليم، وما فتئ القرآن الكريم يؤثّر في حياة الناس حتى من لم يُدِنْ بالإسلام، فكان المسلم يتخلّق بأخلاق القرآن الكريم فيعرف حقَّ الآخر الذي يخالفه في الدِّين. لذا جاءت فلسفة تعاليم القرآن شمولية لا تقصي أحدا ولا تفرِّق بين عربي ولا عجمي، ولا أبيض ولا أسود، إنّما المعيار هو الصلاح والتقوى.

فالقرآن الكريم ليس كتابا وضعيًّا، أو دستورا أرضيا، أو معرفة من إنتاج بشري، تَثْبُتُ عدم نجاعتها إذا ما ظهرت معرفة تنفيها، بل هو الكتاب الخالد المحفوظ من فوق سبع سماوات والممتد بإعجازه إلى يوم البعث.

ولا شكّ أنَّ انعكاساته على حياة المسلمين تتجلى في جوانب شتَّى والتي تتناول فيها جانبا واحدا وهو الجانب النفسي، وهو جانب من الأهمّية بما كان، إذِ الخطاب القرآني هو خطابٌ لجوهر الإنسان وروحه بالدرجة الأولى:

- هل توجد علاقة بين حفظ القرآن والصحّة النفسية؟
- ما مستوى الصحّة النفسية للطلبة الجامعيين؟
- هل توجد فروق في الصحّة النفسية بين الطلبة الحفظة وغير الحفظة للقرآن؟
- هل توجد فروق في الصحّة النفسية بين طلبة العلوم الإسلامية والعلوم الاجتماعية ؟

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرّف على مستوى الصحّة النفسية للطلبة الجامعيين.
- الكشف عن الفروق في الصحّة النفسية بين الطلبة الحفظة وغير الحفظة للقرآن الكريم.

– الكشف عن الفروق في الصحّة النفسية بين طلبة العلوم الإسلامية والعلوم الاجتماعية.

أهمّية الدراسة:

تنبع أهمّية الدراسة من أهمّية الموضوع نفسه الذي تضمن البحث في المنهاج الرباني وهو كتاب لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه مصداقا لقوله تعالى: ﴿ **لَّا يَأْتِيهِ الْبَاطِلُ مِن بَيْنِ يَدَيْهِ وَلَا مِنْ خَلْفِهِ ۖ تَنزِيلٌ مِّنْ حَكِيمٍ حَمِيدٍ** ﴾ [فصلت: 42]

الذي يضمن حفظه وتلاوته علاج للأمراض والاضطرابات النفسية التي أثقلت كاهل البشرية في عصرنا الحالي، حيث يقول عز وجلّ: ﴿ **الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ ۗ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ** ﴾ [الرعد: 28]

كما تكمن أهمّية الدراسة في أنَّ حفظ القرآن يغير حياة الإنسان في الجانب العلاجي من حيث هو يحمل الشفاء من الأمراض النفسية والجسدية لقوله تعالى: ﴿ **وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ** ﴾[الإسراء: 82]

المفاهيم الإجرائية:

– **حفظ القرآن:** هو ذلك الكم من سور القرآن التي يتمكن الطلبة من حفظها عن ظهر الغيب.

– **الصحّة النفسية:** هي الدرجة التي يتحصّل عليها الطلبة في مقياس الصحّة النفسية الذي تمّ استخدامه في هذه الدراسة.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

للقرآن الكريم دورا هامّا في الصحّة النفسية وفي علاج الأمراض النفسية وأنه قوة خارقة تمد الإنسان المتدين بطاقة روحية تُعينه على عناء مشقة الحياة وتُجنِبُه الاضطراب الذي يتعرض له كثيرا من الناس حيث يخاطب -القرآن الكريم- النفس الإنسانية، فيكون تأثيره فيها عميقا ومن الآثار التي تُلمح:

1-الآثار التربوية:

أ- **الحثُّ على العلم والتعلُّم:** جاءت آيات القرآن الكريم تحثُّ على التعلُّم وطلب العلم "فالعلم الذي أَمر به القرآن الكريم هو جملة المعارف التي يدركها الإنسان بالنظر في ملكوت السماوات والأرض وما خُلِق من شيء... ويشمل الخلق هنا كلّ موجود في هذا الكون ذي حياة أو غير ذي حياة". **(عباس محمود العقاد، د ت، 57)**، ولأهمّية العلم وطلبه وردت "مادة العلم مرادا بها علم الناس لا علم الله في نحو ستمائة آية:

- الرأي بمعنى العلم في نحو ثمانين.
- النظر بمعنى العلم في نحو ثلاث وعشرين.
- الإبصار بمعنى العلم في نحو ثلاث وعشرين.
- وتكررت مادة الفقه بمعنى الفهم في عشرين.
- وذكِرت مادة القرآن في سبع عشرة.
- والتلاوة في اثنتين وستين.
- الكتابة بمعنى الخط في نحو ثلاثمائة.
- العلم في أربع.
- الصّحف في ثمان.
- السَّطر ومادته في خمس.
- الدَّرس ومادته في ست. (**سعيد إسماعيل علي**، 2000، 282-283)

ومن حكمة الخطاب الإلهي أنّه نزل أوَّل ما نزل بفعلٍ يأمر الإنسان بالقراءة: ﴿ ٱقْرَأْ بِٱسْمِ رَبِّكَ ٱلَّذِى خَلَقَ ﴿١﴾ خَلَقَ ٱلْإِنسَـٰنَ مِنْ عَلَقٍ ﴿٢﴾ ٱقْرَأْ وَرَبُّكَ ٱلْأَكْرَمُ ﴿٣﴾ ٱلَّذِى عَلَّمَ بِٱلْقَلَمِ ﴿٤﴾ عَلَّمَ ٱلْإِنسَـٰنَ مَا لَمْ يَعْلَمْ ﴾ [العلق: 1-5]. وعلى ذلك تكون القراءة من المدخلات المعرفية، وعملية عقلية يتملك بها المتعلّم العلوم، وأردف الله سبحانه وتعالى بعد الآية الأولى خلق الإنسان "فذكر خلق الإنسان وخصَّه من بين المخلوقات، لكونه هو المنزَّل إليه، وهو أشرف" (**أبو حيان الأندلسي**، 1993، 477/8).

وهذه دلالة على عظمة خلق الإنسان، وقد كان مدار السورة على أطوار خلقه هذا الكائن العجيب، ولعل القراءة لا تكون إلاّ إذا سبقها فعل الكتابة كونهما مقترنان، " فقد نبّه الله إلى فضل علم الكتابة بذكره للقلم أداة لها، لما في هذه المَلَكة- الكتابة- من المنافع العظيمة التي لا يحيط بها إلاّ هو وما دونت العلوم ولا قيِّدت الحِكَم ولا ضُبِطت أخبار الأولين ولا مقالاتهم ولا كُتب الله المنزلة إلاّ بالكتابة، ولولا هي لما استقامت أمور الدِّين والدنيا".(**المصدر نفسه**، 1993، 477/8)

والقرآن الكريم يعرض أساليب التعليم وطرقه، فقد جاء على كيفية التعليم الأولى التي كان فيها آدم عليه السلام متعلِّما، يقول عزّ وجلَّ: ﴿ وَعَلَّمَ ءَادَمَ ٱلْأَسْمَآءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى ٱلْمَلَـٰٓئِكَةِ فَقَالَ أَنۢبِـُٔونِى بِأَسْمَآءِ هَـٰٓؤُلَآءِ إِن كُنتُمْ صَـٰدِقِينَ ﴿٣١﴾ قَالُوا۟ سُبْحَـٰنَكَ لَا عِلْمَ لَنَآ إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَآ إِنَّكَ أَنتَ ٱلْعَلِيمُ ٱلْحَكِيمُ ﴾ [البقرة: 31-32]. فأوليات التعليم كانت أسماء الأشياء والمفاهيم، وهذا ما تسلكه نظريات التعلم المعاصرة، "فعملية التعلم هذه التي مرَّ بها آدم أبو البشرية - عليه السلام- إنما يمر بها أيضا جميع أفراد ذريتّه من بعده، فالإنسان يلاحظ منذ طفولته أنّ بعض الأشياء تتشابه في بعض

الخصائص، وتختلف عن غيرها في بعض الخصائص الأخرى، وعلى اعتبار أنّ عملية إدراك هذه الأشياء كلّها أمر في غاية الصعوبة والتعقيد لذا يلجأ إلى تحصيلها وتصنيفها ضمن دوائر المتشابه والمختلف، وتبسيطها عن طريق تكوين المفاهيم وهذه بدايات تعلم اللغة واستخدامها في عملية التفكير والتعلُّم المستمر".(**محمد عثمان نجاتي**، 2001، 160)

وإذا ما نظرنا في القرآن الكريم نجده يحث على الارتقاء في العلم وطلبه حتى يفضل العالِمُ بالمعلوم، ويكون مع أولي العلم العاملين، وقد جاءت النصوص القرآنية التي تربط بين العالم وفضله كثيرة، ومن ذلك قوله تعالى:﴿ **وَمِنَ ٱلنَّاسِ وَٱلدَّوَآبِّ وَٱلْأَنْعَٰمِ مُخْتَلِفٌ أَلْوَٰنُهُۥ كَذَٰلِكَ ۗ إِنَّمَا يَخْشَى ٱللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ ٱلْعُلَمَٰٓؤُا۟ ۗ إِنَّ ٱللَّهَ عَزِيزٌ غَفُورٌ** ﴾ [فاطر: 28]. فالخشية تكون من العالم أكثر من غيره، وذلك لما وصل إليه من معرفة تجعله مطّلعا على أسرار الخلق، فيعرف بها الخالق وتزيد خشيته، وقال الله تعالى في موضع آخر عن فضل أهل العلم وعدم استوائهم مع من لم يعلم:﴿ **أَمَّنْ هُوَ قَٰنِتٌ ءَانَآءَ ٱلَّيْلِ سَاجِدًا وَقَآئِمًا يَحْذَرُ ٱلْءَاخِرَةَ وَيَرْجُوا۟ رَحْمَةَ رَبِّهِۦ ۗ قُلْ هَلْ يَسْتَوِى ٱلَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَٱلَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۗ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُو۟لُوا۟ ٱلْأَلْبَٰبِ** ﴾[الزمر: 9].

ومن دواعي تلقي المتعلِّم للعلم باستيعاب جيد وخلق دافعية وحب للتعلم هي أدب المعلم وحسن معاملته وطريقته في تقديم المعرفة، وفي هذا السياق تطرّق القرآن إلى مشهد تعليمي وقع بين سيدنا الخِضر وسيدنا موسى عليهما السلام، فكان تجلٍّ لطريقة تعليمية جرت على مستوى راقٍ في التعامل بين التلميذ ومعلمه، وفي ذلك يقول تعالى:﴿ **وَإِذْ قَالَ مُوسَىٰ لِفَتَىٰهُ لَآ أَبْرَحُ حَتَّىٰٓ أَبْلُغَ مَجْمَعَ ٱلْبَحْرَيْنِ أَوْ أَمْضِىَ حُقُبًا ﴿٦٠﴾ فَلَمَّا بَلَغَا مَجْمَعَ بَيْنِهِمَا نَسِيَا حُوتَهُمَا فَٱتَّخَذَ سَبِيلَهُۥ فِى ٱلْبَحْرِ سَرَبًا ﴿٦١﴾ فَلَمَّا جَاوَزَا قَالَ لِفَتَىٰهُ ءَاتِنَا غَدَآءَنَا لَقَدْ لَقِينَا مِن سَفَرِنَا هَٰذَا نَصَبًا ﴿٦٢﴾ قَالَ أَرَءَيْتَ إِذْ أَوَيْنَآ إِلَى ٱلصَّخْرَةِ فَإِنِّى نَسِيتُ ٱلْحُوتَ وَمَآ أَنسَىٰنِيهُ إِلَّا ٱلشَّيْطَٰنُ أَنْ أَذْكُرَهُۥ ۚ وَٱتَّخَذَ سَبِيلَهُۥ فِى ٱلْبَحْرِ عَجَبًا ﴿٦٣﴾ قَالَ ذَٰلِكَ مَا كُنَّا نَبْغِ ۚ فَٱرْتَدَّا عَلَىٰٓ ءَاثَارِهِمَا قَصَصًا ﴿٦٤﴾ فَوَجَدَا عَبْدًا مِّنْ عِبَادِنَآ ءَاتَيْنَٰهُ رَحْمَةً مِّنْ عِندِنَا وَعَلَّمْنَٰهُ مِن لَّدُنَّا عِلْمًا ﴿٦٥﴾ قَالَ لَهُۥ مُوسَىٰ هَلْ أَتَّبِعُكَ عَلَىٰٓ أَن تُعَلِّمَنِ مِمَّا عُلِّمْتَ رُشْدًا ﴿٦٦﴾ قَالَ إِنَّكَ لَن تَسْتَطِيعَ مَعِىَ صَبْرًا ﴿٦٧﴾ وَكَيْفَ تَصْبِرُ عَلَىٰ مَا لَمْ تُحِطْ بِهِۦ خُبْرًا ﴿٦٨﴾ قَالَ سَتَجِدُنِىٓ إِن شَآءَ ٱللَّهُ صَابِرًا وَلَآ أَعْصِى لَكَ أَمْرًا ﴿٦٩﴾ قَالَ فَإِنِ ٱتَّبَعْتَنِى فَلَا تَسْـَٔلْنِى عَن شَىْءٍ حَتَّىٰٓ أُحْدِثَ لَكَ مِنْهُ ذِكْرًا ﴿٧٠﴾ فَٱنطَلَقَا حَتَّىٰٓ إِذَا رَكِبَا فِى ٱلسَّفِينَةِ خَرَقَهَا ۖ قَالَ أَخَرَقْتَهَا لِتُغْرِقَ أَهْلَهَا لَقَدْ جِئْتَ شَيْـًٔا إِمْرًا ﴿٧١﴾ قَالَ أَلَمْ أَقُلْ إِنَّكَ لَن تَسْتَطِيعَ مَعِىَ صَبْرًا ﴿٧٢﴾ قَالَ لَا تُؤَاخِذْنِى بِمَا نَسِيتُ وَلَا تُرْهِقْنِى مِنْ**

أَمْرِي عُسْرًا ﴿٧٣﴾ فَانْطَلَقَا حَتَّىٰ إِذَا لَقِيَا غُلَامًا فَقَتَلَهُ قَالَ أَقَتَلْتَ نَفْسًا زَكِيَّةً بِغَيْرِ نَفْسٍ لَقَدْ جِئْتَ شَيْئًا نُكْرًا ﴿٧٤﴾ قَالَ أَلَمْ أَقُلْ لَكَ إِنَّكَ لَنْ تَسْتَطِيعَ مَعِيَ صَبْرًا ﴿٧٥﴾ قَالَ إِنْ سَأَلْتُكَ عَنْ شَيْءٍ بَعْدَهَا فَلَا تُصَاحِبْنِي قَدْ بَلَغْتَ مِنْ لَدُنِّي عُذْرًا ﴿٧٦﴾ فَانْطَلَقَا حَتَّىٰ إِذَا أَتَيَا أَهْلَ قَرْيَةٍ اسْتَطْعَمَا أَهْلَهَا فَأَبَوْا أَنْ يُضَيِّفُوهُمَا فَوَجَدَا فِيهَا جِدَارًا يُرِيدُ أَنْ يَنْقَضَّ فَأَقَامَهُ قَالَ لَوْ شِئْتَ لَتَّخَذْتَ عَلَيْهِ أَجْرًا ﴿٧٧﴾ قَالَ هَٰذَا فِرَاقُ بَيْنِي وَبَيْنِكَ سَأُنَبِّئُكَ بِتَأْوِيلِ مَا لَمْ تَسْتَطِعْ عَلَيْهِ صَبْرًا ﴿٧٨﴾ أَمَّا السَّفِينَةُ فَكَانَتْ لِمَسَاكِينَ يَعْمَلُونَ فِي الْبَحْرِ فَأَرَدْتُ أَنْ أَعِيبَهَا وَكَانَ وَرَاءَهُمْ مَلِكٌ يَأْخُذُ كُلَّ سَفِينَةٍ غَصْبًا ﴿٧٩﴾ وَأَمَّا الْغُلَامُ فَكَانَ أَبَوَاهُ مُؤْمِنَيْنِ فَخَشِينَا أَنْ يُرْهِقَهُمَا طُغْيَانًا وَكُفْرًا ﴿٨٠﴾ فَأَرَدْنَا أَنْ يُبْدِلَهُمَا رَبُّهُمَا خَيْرًا مِنْهُ زَكَاةً وَأَقْرَبَ رُحْمًا ﴿٨١﴾ وَأَمَّا الْجِدَارُ فَكَانَ لِغُلَامَيْنِ يَتِيمَيْنِ فِي الْمَدِينَةِ وَكَانَ تَحْتَهُ كَنْزٌ لَهُمَا وَكَانَ أَبُوهُمَا صَالِحًا فَأَرَادَ رَبُّكَ أَنْ يَبْلُغَا أَشُدَّهُمَا وَيَسْتَخْرِجَا كَنْزَهُمَا رَحْمَةً مِنْ رَبِّكَ وَمَا فَعَلْتُهُ عَنْ أَمْرِي ذَٰلِكَ تَأْوِيلُ مَا لَمْ تَسْطِعْ عَلَيْهِ صَبْرًا ﴾ [الكهف: 60-82]. "فمن بين الآداب التي تحملها القصَّة حِلْم العالم ورفقه بتلميذه، فحينما يعارض موسى عليه السلام – على الفعل الأول يذكره الخضر عليه السلام – بهذا السؤال الحليم: ألم أقل لك؟ وهو سؤال لا يحتوي على تجهُّمٍ ولا نهر لموسى عليه السلام.

- تواضع وأدب طالب العلم في رحلته مع مؤدبه ومعلمه كما فعل موسى -عليه السلام –

- الصبر والطاعة خلقان في غاية الأهمية، وفي هذه القصّة الصبر جسده الخضر عليه السلام معلما والطاعة جسدها موسى عليه السلام متعلماً".(**أحمد عبده عوض**، 2012، 82-83)

وفي معرض الحديث عن تطبيق العلم النظري إلى فعل وسلوك ليكون ناجعا ونافعا وذو ثمرة في حياة المتلقي، يقول عن ذلك محمد الغزالي: "إن العلم الناشئ عن العمل هو خلاصة المراد والتجربة في مجال التربية والإصلاح، لابد أن تتطور المعلومات إلى اكتمال نفسي واجتماعي ولا يُقبل من أحد أن يقف عند حدود القول مهما كان بليغا، ولا عند حدود الشرح مهما كان مستفيضا".(**محمد الغزالي**، 1986، 59)

فكلّما كانت عملية تطبيق العلم في حياة المتعلم (المتلقي) زادت قدرته في استيعابه وحصل الارتباط بين البنى المعرفية مع الانتقال من المجرد إلى الحسي، ومن الحسيّ إلى المجرد، وهذا ينمّي مهارات المتعلم وينوّعها.

ب- الحثُّ على التفكر في ملكوت الله ومخلوقاته: أعلى القرآن من شأن التفكُّر وإعمال العقل وتفعيله "فمن مزاياه – القرآن - الكثيرة مزيةٌ واضحة يقلُّ فيها الخلاف بين المسلمين وغير المسلمين لأنها تَثْبُتُ من تلاوة الآيات ثبوتا تؤيّده أرقام الحساب ودلالات اللفظ اليسير، قبل الرجوع في تأييدها إلى

المناقشات والمذاهب التي قد تختلف فيها الآراء، وتلك المزيَّة هي التنويه بالعقل والتعويل عليه في أمر العقيدة وأمر التَّبعة والتكليف".(**عباس محمود العقاد، المرجع نفسه، د ت، 3**)

ومسألة النظر والتّفكر فيما حول الإنسان وفي نفسه والغوص في أعماق الخلق ذُكِرت في مواقع عدّة من القرآن الكريم، منها ما جاء في سورة البقرة وسياق تفصيل آيات الخلق والدّعوة إلى التفكر فيها: ﴿ **إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَاخْتِلَافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَالْفُلْكِ الَّتِي تَجْرِي فِي الْبَحْرِ بِمَا يَنفَعُ النَّاسَ وَمَا أَنزَلَ اللَّهُ مِنَ السَّمَاءِ مِن مَّاءٍ فَأَحْيَا بِهِ الْأَرْضَ بَعْدَ مَوْتِهَا وَبَثَّ فِيهَا مِن كُلِّ دَابَّةٍ وَتَصْرِيفِ الرِّيَاحِ وَالسَّحَابِ الْمُسَخَّرِ بَيْنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ لَآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَعْقِلُونَ** ﴾ [البقرة:164].

"فإنّما خصَّ الآيات بهم لأنّهم الذين يتمكّنون من النّظر فيه، والاستدلال به على ما يلزمهم من توحيد ربهم وعدله وحُكمه ليقوموا بشكره، وما يلزم من عبادته وطاعته".(**الرازي، 1981، 224/4**)

وليس التفكر وآلياته مسألة هامشية في القرآن الكريم، وإنّما هي من صلب الإيمان بالله والاعتقاد السليم، دون التسليم والتقليد لمن سبق وتجميد الإمكانيات العقلية.

"وقد دعا القرآن الناس دعوة صريحة التفكير حيث يقول تعالى:﴿ **قُلْ إِنَّمَا أَعِظُكُم بِوَاحِدَةٍ ۖ أَن تَقُومُوا لِلَّهِ مَثْنَىٰ وَفُرَادَىٰ ثُمَّ تَتَفَكَّرُوا ۚ مَا بِصَاحِبِكُم مِّن جِنَّةٍ ۚ إِنْ هُوَ إِلَّا نَذِيرٌ لَّكُم بَيْنَ يَدَيْ عَذَابٍ شَدِيدٍ ﴿٤٦﴾ قُلْ مَا سَأَلْتُكُم مِّنْ أَجْرٍ فَهُوَ لَكُمْ ۖ إِنْ أَجْرِيَ إِلَّا عَلَى اللَّهِ ۖ وَهُوَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ شَهِيدٌ ﴿٤٧﴾ قُلْ إِنَّ رَبِّي يَقْذِفُ بِالْحَقِّ عَلَّامُ الْغُيُوبِ** ﴾ [سبأ:46-48]. وفي هذا حث الله تعالى الإنسان على التفكير في الكون والنظر في الظواهر الكونية المختلفة، وتأمل بديع صنعه، ومحكم نظامه، كما حثّه على تحصيل العلم ومعرفة سنن الله، وقوانينه في جميع ميادين العلوم المختلفة" (**محمد عثمان نجاتي، المرجع السابق، 137**)

والآيات التي جاءت في سياق الحث على التفكير والتفكر والتدبر كثيرة في القرآن الكريم.

ج- غرس القيم الأخلاقية والجمالية:

يتجلى الحث على القيم الأخلاقية والجمالية والتحلي بها في القرآن الكريم، فمدار الإسلام كلّه على مكارم الأخلاق، وبها جاء مبعث النبي صلى الله عليه وسلم حينما قال: "إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق".

يقول عن ذلك مالك بن نبي "وإن درسه الأخلاقي لهو ثمرة نفسية متعمقة في الطبيعة البشرية تصف لنا النقائص التي ينهي عنها، وينفر منها، والفضائل التي يدعون إلى التأسي بها من خلال حياة الأنبياء...". **(مالك بن نبي، 2000، 195)**

وفي هذا الجانب جاء النصّ القرآني يأمر بالتخلّق واتّباع القدوة الحسنة من خلال سير الأنبياء والمرسلين، وخير قدوة سيدنا محمّد صلّى الله عليه وسلّم ، يقول الله تعالى:﴿ **لَّقَدْ كَانَ لَكُمْ فِي رَسُولِ اللَّهِ أُسْوَةٌ حَسَنَةٌ لِّمَن كَانَ يَرْجُوا اللَّهَ وَالْيَوْمَ الْآخِرَ وَذَكَرَ اللَّهَ كَثِيرًا** ﴾ [الأحزاب: 21].

ومن مظاهر الشمول في الحثِّ على التحلي بالأخلاق الكريمة والوصول إلى مقام عباد الرحمان قولا وعملا، جاءت الآيات الكريمات في سورة الفرقان تنصُّ على ذلك: ﴿ **وَعِبَادُ الرَّحْمَٰنِ الَّذِينَ يَمْشُونَ عَلَى الْأَرْضِ هَوْنًا وَإِذَا خَاطَبَهُمُ الْجَاهِلُونَ قَالُوا سَلَامًا ﴿٦٣﴾ وَالَّذِينَ يَبِيتُونَ لِرَبِّهِمْ سُجَّدًا وَقِيَامًا** ﴾ [الفرقان: 63-64]. إضافة إلى القيم الأخلاقية جاءت القيم الجمالية شاهدة على كمال القرآن وشمول منهجه لمناحي الحياة، فالجمال حاجة إنسانية تُعلي من شأن النفس، والجمال مطلوب في كلّ شيء "الجمادات، الحيوانات، النباتات حتى في الإلهيات وردت آيات الجلال والجمال". **(نذير حمدان، 1991، 435)**.

وهذا واضح في مثل قوله تعالى: ﴿ **هُوَ اللَّهُ الْخَالِقُ الْبَارِئُ الْمُصَوِّرُ ۖ لَهُ الْأَسْمَاءُ الْحُسْنَىٰ ۚ يُسَبِّحُ لَهُ مَا فِي السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ ۖ وَهُوَ الْعَزِيزُ الْحَكِيمُ** ﴾ [الحشر:24]، وقوله:﴿ **وَلَكُمْ فِيهَا جَمَالٌ حِينَ تُرِيحُونَ وَحِينَ تَسْرَحُونَ** ﴾ [النحل:6]

2- الآثار النفسية الإيمانية:

للقرآن الكريم آثار نفسية إيمانية على المتلقي (الحافظ) ومن هذه الآثار:

أ- الخشية والخوف ومراقبة الله:

تعرَّض القرآن الكريم في مواضع عدة إلى معاني الخشية والخوف من الله عز وجل، ونتائج هذا السلوك المترجم عن القلب ينجم عنه النجاة في الدارين، واجتناب النواهي والالتزام بالأوامر "وليست فائدة الخوف مقصورة فقط على وقاية الإنسان من الأخطار التي تهدده في حياته الدنيوية، وإنما من أهم فوائده أيضا أنه يدفع المؤمن إلى اتقاء عذاب الله في حياة الآخرة فالخوف من عقاب الله يدفع

المؤمن إلى تجنب الوقوع في المعاصي، وإلى التمسك بالتقوى والانتظام في عبادة الله وعمل كلّ ما يرضيه".(**محمد عثمان نجاتي، المرجع السابق، 72**)

والمتأمل في كتاب الله عزّوجلّ يجد ذلك مبثوثا في ثناياه، ومثاله:﴿ **إِنَّمَا ٱلْمُؤْمِنُونَ ٱلَّذِينَ إِذَا ذُكِرَ ٱللَّهُ وَجِلَتْ قُلُوبُهُمْ وَإِذَا تُلِيَتْ عَلَيْهِمْ ءَايَٰتُهُۥ زَادَتْهُمْ إِيمَٰنًا وَعَلَىٰ رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ** ﴾ [الأنفال: 2] ، ﴿ **تَتَجَافَىٰ جُنُوبُهُمْ عَنِ ٱلْمَضَاجِعِ يَدْعُونَ رَبَّهُمْ خَوْفًا وَطَمَعًا وَمِمَّا رَزَقْنَٰهُمْ يُنفِقُونَ** ﴾ [السجدة: 16].

ب- تزكية النفس:

جاء القرآن على ذكر تقسيمات النفس الإنسانيّة؛ بالنفس الأمَّارة، والنفس اللَّوامة، والنفس المطمئنَّة، فالنفس الأمَّارة بالسوء هي النفس التي تأمر صاحبها بسوء أو بشرٍّ من انحراف أو شح أو هوى، كما في قوله تعالى في قصّة سيدنا يوسف عليه السلام مع عزيز مصر وامرأته بعد شهادة الجميع ببراءة يوسف الشاب عليه السلام (**عبد الحميد محمد الهاشمي، د ت، ص 153**)

﴿ **ذَٰلِكَ لِيَعْلَمَ أَنِّي لَمْ أَخُنْهُ بِٱلْغَيْبِ وَأَنَّ ٱللَّهَ لَا يَهْدِي كَيْدَ ٱلْخَآئِنِينَ ﴿٥٢﴾ وَمَآ أُبَرِّئُ نَفْسِيٓ ۚ إِنَّ ٱلنَّفْسَ لَأَمَّارَةٌۢ بِٱلسُّوٓءِ إِلَّا مَا رَحِمَ رَبِّيٓ ۚ إِنَّ رَبِّي غَفُورٌ رَّحِيمٌ** ﴾ [يوسف:52-53].

والنفس اللَّوامة ذُكرت في مواقع عديدة في القرآن الكريم ومن ذلك نجد: ﴿ **لَآ أُقْسِمُ بِيَوْمِ ٱلْقِيَٰمَةِ ﴿١﴾ وَلَآ أُقْسِمُ بِٱلنَّفْسِ ٱللَّوَّامَةِ** ﴾ [القيامة:1-2]، هذه النفس هي النفس الواعية التي تقوم باللَّوم وحفظ القيم والقانون، فتوجه طاقتها للبُعد عن المعاصي. (**جمال ماضي أبو العزائم، 1994، 29**)

وفي مرتبة ثالثة يأتي النصّ القرآني في تبيين حالة النفس المطمئنَّة "وهي النفس المؤمنة الخاشعة الراضية التي لا تتكالب على ماديات الحياة ولا تتصارع على عَرَضٍ زائل، ولا تعرّف السُّخْطَ راضية بقضاء الله وقدره".(**موصدق خديجة، 2010، 214-215**).

وعن ذلك جاءت الآيات: ﴿ **يَٰٓأَيَّتُهَا ٱلنَّفْسُ ٱلْمُطْمَئِنَّةُ ﴿٢٧﴾ ٱرْجِعِيٓ إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً ﴿٢٨﴾ فَٱدْخُلِي فِي عِبَٰدِي ﴿٢٩﴾ وَٱدْخُلِي جَنَّتِي** ﴾ [الفجر: 27-30]، لتأتي النفس الزكية التي يصل إليها الإنسان بعد ترقّيه ومجاهدته بالخروج من أطوار النفس السابقة، فيعمل على تزكية نفسه وإصلاحها ليكون بذلك نجاحه وفلاحه نتيجة لما سبق من: ﴿ **وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّىٰهَا ﴿٧﴾ فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَىٰهَا ﴿٨﴾ قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّىٰهَا ﴿٩﴾ وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّىٰهَا** ﴾ [الشمس: 7-10]

3- الآثار العلاجية للأمراض النفسية:

ينعكس القرآن الكريم على حياة الإنسان في الجانب العلاجي من حيث هو يحمل الشفاء ويدلّ عليه، كما جاء في قوله تعالى:﴿ **وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ ٱلظَّٰلِمِينَ إِلَّا خَسَارًا** ﴾ [الإسراء: 82].

وقد جاء القرآن الكريم على ذكر أنواع الأمراض النفسية والعضوية، فالنفسية ما تعلق منها بالحسد والكبر والوسواس...

أ- **الحسد والكبر:** هما من الأمراض النفسية التي تسري في النفس المريضة وتجعلها تحت وطأتهما، وقد قال الله عزّوجلّ عن الحسد وما جاء في النّفسية اليهودية وحظها منه:﴿ **أَمْ يَحْسُدُونَ ٱلنَّاسَ عَلَىٰ مَآ ءَاتَىٰهُمُ ٱللَّهُ مِن فَضْلِهِۦ فَقَدْ ءَاتَيْنَآ ءَالَ إِبْرَٰهِيمَ ٱلْكِتَٰبَ وَٱلْحِكْمَةَ وَءَاتَيْنَٰهُم مُّلْكًا عَظِيمًا** ﴾ [النساء: 54].

"فهم لا يطيقون أن يَنعم الله على عبد من عباده بشيء من عنده وما ذلك الشيء إلاّ للحسد الذي ملأ صدورهم، فهم يحسدون الناس على ما أتاهم الله من فضله من النبوة والتمكين في الأرض مع أنهم غارقون في فضل الله".**(أنور الباز، 2007، 259/1)**.

وفي سبيل علاج هذه الآفة المرضية أمر الله بالتطهر منها قولا وعملا، والاستعاذة من الحسد والحاسدين وجاء ذلك في سورة الفلق(وَمِن شَرِّ حَاسِدٍ إِذَا حَسَدَ ٥) [الفلق: 5].

وفي سياق التحدث عن الكبر جاءت الآيات تحمل معاني النّهي، ومنها قوله تعالى: ﴿ **وَلَا تَمْشِ فِي ٱلْأَرْضِ مَرَحًا إِنَّكَ لَن تَخْرِقَ ٱلْأَرْضَ وَلَن تَبْلُغَ ٱلْجِبَالَ طُولًا** ﴾ [الإسراء: 37]، وهذا نصّ صريح في " النهي عن الكبر الفارغ والخيلاء الكاذبة، وهو نهي عن ذميم الأفعال والصفات بإعلان كراهية الله للسّيء منها". **(أنور الباز، 2007، 238/2)**

ب- **الوسوسة:** تعتري الإنسان وساوس تجعله مضطربا في حياته النفسية، وتتكون لديه شكوكا وأوهاما، وقد جاء القرآن الكريم ليبيّن أنّ الله عزّوجلّ خلق الإنسان ويَعلم وسوسة نفسه ﴿ **وَلَقَدْ خَلَقْنَا ٱلْإِنسَٰنَ وَنَعْلَمُ مَا تُوَسْوِسُ بِهِۦ نَفْسُهُۥ وَنَحْنُ أَقْرَبُ إِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ ٱلْوَرِيدِ** ﴾ [ق: 16]

وعادة الوسوسة تكون من قبيل النفس والشيطان، لذلك جاء قوله تعالى:﴿ فَوَسْوَسَ إِلَيْهِ الشَّيْطَانُ قَالَ يَا آدَمُ هَلْ أَدُلُّكَ عَلَىٰ شَجَرَةِ الْخُلْدِ وَمُلْكٍ لَّا يَبْلَىٰ ﴾ [طه: 120] والوسوسة هي: "الكلام الخفي الذي يصل مفهومه إلى القلب من غير سماع".**(البغوي، 1412هـ، 599/8)**

ومن علاجات القرآن الكريم لهذه الآفة القلبية ذكر الله عزّوجلّ والتعوذ به من شرّ الوسواس والوسواسين:﴿ قُلْ أَعُوذُ بِرَبِّ النَّاسِ ﴿١﴾ مَلِكِ النَّاسِ ﴿٢﴾ إِلَٰهِ النَّاسِ ﴿٣﴾ مِن شَرِّ الْوَسْوَاسِ الْخَنَّاسِ ﴿٤﴾ الَّذِي يُوَسْوِسُ فِي صُدُورِ النَّاسِ ﴿٥﴾ مِنَ الْجِنَّةِ وَالنَّاسِ ﴾ [الناس: 1-6].

الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى: دراسة صالح بن إبراهيم الصنيع:1429هـ بعنوان أثر حفظ القرآن الكريم على الصحّة النفسية (دراسة ميدانية على حفاظ وحافظات القرآن الكريم بمعهد الإمام الشاطبي مقارنة مع عيّنة من طلاب وطالبات جامعة الملك عبد العزيز بمدينة جدة)، هدفت الدراسة إلى التعرّف على أثر حفظ القرآن الكريم على الصحّة النفسية لدى عيّنة الدراسة المتكونة من مجموعتين 180 طالب وطالبة من معهد الإمام الشاطبي و180 طالب وطالبة من جامعة الملك عبد العزيز بمدينة جدة، وقد استخدم الباحث مقياس الصحّة النفسية المتكون من 60 عبارة بعد قياس الخصائص السيكومترية له، ومن أهم النتائج المتوصل إليها وجود علاقة ارتباطيه موجة دالة إحصائيا بين ارتفاع مقدار الحفظ وارتفاع مستوى الصحّة النفسية لدى عيّنتي الدراسة، وأن طلبة وطالبات المعهد يفوقون نظرائهم في مقدار الحفظ.

الدراسة الثانية: المغامسي 1425هـ بعنوان أثر حفظ القرآن الكريم على التحصيل الدراسي بالمرحلة الجامعية هدفت الدراسة إلى هدفت الدراسة إلى التعرّف على أثر حفظ القرآن الكريم على التحصيل الدراسي لدى عيّنة الدراسة المتكونة من 40 طالب يدرسون بكلّية الدعوة وأصول الدين بالمدينة المنورة، نصفهم يحفظون القرآن الكريم كاملا، ومن أهم النتائج المتوصل إليها أنّ متوسط درجة الطلاب الحافظين أعلى من متوسط درجة الطلاب غير الحافظين. **(صالح بن إبراهيم الصنيع، 1429هـ، 260)**

الإجراءات الميدانية للدراسة:

المنهج: إن ما يلائم طبيعة هذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي.

حدود الدراسة: كلّية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة عمار ثليجي - الأغواط

عيّنة الدراسة: تتكون عيّنة الدراسة من طلبة العلوم الإسلامية وطلبة العلوم الاجتماعية الذين قبلوا الإجابة على مقياس الصحّة النفسية، وعددهم 72 طالب وطالبة.

أداة الدراسة: هي مقياس الصحّة النفسية من إعداد صالح بن إبراهيم الصنيع

الأساليب الإحصائية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون، اختبار (ت).

عرض نتائج التساؤل الأول:

للإجابة عن التساؤل الأول: هل توجد علاقة بين حفظ القرآن والصحّة النفسية؟

تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون لقياس درجة ارتباط حفظ القرآن بالصحّة النفسية والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (1) يوضح نتائج حساب معامل الارتباط بيرسون بين حفظ القرآن والصحّة النفسية.

العيّنة	الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
72	0.726**	0.00	دالة إحصائيا

نلاحظ من الجدول رقم (1) أنّ قيمة الارتباط تساوي 0.72 وهي دالة إحصائيا، وأن العلاقة ارتباطيه موجبة بين حفظ القرآن والصحّة النفسية لدى عيّنة الدراسة لأن قيمة (p) أقل من مستوى الدلالة 0.05، تعزى هذه النتيجة إلى كون غالبية الطلبة من الحفظة لكتاب الله ممّا كون لديهم مستوى عال من الصحّة النفسية،

ما مستوى الصحّة النفسية لدى طلبة كلّية العلوم الإسلامية والاجتماعية بجامعة عمار ثليجي بالأغواط ؟ تمّ حساب اختبارت للعيّنة الواحدة.

الجدول رقم (2): يوضح نتائج اختبار (ت) لعيّنة واحدة

عدد أفراد العيّنة	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	اختبارت	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار
72	225.36	210	2.01	71	0.04	دالة إحصائيا

نلاحظ من الجدول رقم (2) أنّ المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العيّنة جاء يساوي 225.36 وهو أكبر من المتوسط الفرضي 210، وقد جاءت نتائج اختبار (ت) تساوي 2.01 عند درجة حرية 71

وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.04، وبالتالي نستنتج أنّ عيّنة الدراسة لديهم مستوى مرتفع في الصحّة النفسية. وهذا قد يراجع إلى تقاطع عدة عوامل منها:

- طبيعة مجتمع الدراسة المتشبع بالقيم والمبادئ الإسلامية.
- أنّ كثيرا من الطلبة – عيّنة الدراسة - يكون قد التحق بكتاتيب تحفيظ القرآن الكريم في سنواتهم الأولى.
- مستوى النضج الانفعالي الذي يتمتّع به الطالب العلوم الإسلامية في الجامعة.

عرض نتائج التساؤل الثاني:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى الحفظة وغير الحفظة في مستوى الصحّة النفسية؟

وبعد المعالجة الإحصائية تمّ التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (3) يوضح الفروق بين الحفظة وغير الحفظة في مستوى الصحّة النفسية

درجات الأفراد على مقياس الصحّة النفسية		اختبار التجانس ليفين F	مستوى الدلالة	حجم العيّنة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	T (ت)	مستوى الدلالة	القرار
مستوى الصحّة النفسية	علوم إسلامية	25.70	0.00	41	278.09	25.74	70	24.38	0.00	دال إحصائيا
	غ حفظة			31	155.61	12.48				

من خلال الجدول رقم (3) نلاحظ أنّ قيمة اختبار التجانس ليفين (F) بلغت في مستوى الصحّة النفسية (25.70)، وهذه القيمة دالة إحصائيا ممّا يسمح لنا باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعيّنتين مستقلتين غير متجانستين. وبالنظر إلى قيمة اختبار الفروق (ت) والتي بلغت في مقياس الصحّة النفسية (24.38) نلاحظ أنّ القيمة دالة عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,00)، وبالتالي يمكن القول بأنّه توجد فروق بين الحفظة وغير الحفظة في مستوى الصحّة النفسية وذلك لصالح الطلبة الحفظة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%. وتعزى هذه النتيجة إلى أنّ عدد الحفظة لكتاب الله يفوق نصف عيّنة الدراسة، وهذا إن دل فإنما يدل على تشبع أفراد عيّنة الدراسة بأخلاق القرآن ممّا يضمن لهم السلامة والصحّة النفسية، واتفقت هذه النتيجة مع دراسة صالح بن إبراهيم الصنيع:1429ه التي توصلت إلى أنّ طلبة وطالبات المعهد يفوقون نظرائهم طلبة وطالبات من جامعة الملك عبد العزيز بمدينة جدة في مقدار الحفظ.

عرض نتائج التساؤل الثالث:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى إلى التخصّص؟ وبعد المعالجة الإحصائية تمّ التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (4) يوضح الفروق في مستوى الصحّة النفسية تعزى إلى التخصّص

درجات الأفراد على مقياس الصحّة النفسية		اختبار التجانس ليفين F	مستوى الدلالة	حجم العيّنة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	t(ت)	مستوى الدلالة	القرار
مستوى الصحّة النفسية	علوم إسلامية	7.31	0.00	33	258.24	51.17	70	4.47	0.00	دال إحصائيا
	علوم اجتماعية			39	197.53	62.05				

من خلال الجدول رقم (4) نلاحظ أنّ قيمة اختبار التجانس ليفين (F) بلغت في مستوى الصحّة النفسية (7.31)، وهذه القيمة دالة إحصائية ممّا يسمح لنا باستخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعيّنتين مستقلتين غير متجانستين.

وبالنظر إلى قيمة اختبار الفروق (T_{test}) والتي بلغت في مستوى الصحّة النفسية (4.47) نلاحظ أنّ القيمة دالة عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,00)، وبالتالي يمكن القول بأنّه توجد فروق في مستوى الصحّة النفسية تعزى إلى متغيّر التخصّص وذلك لصالح طلبة العلوم الإسلامية، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%. وتعزى هذه النتيجة إلى أنّ أغلب طلبة العلوم الشرعية حفظة لكتاب الله وما لهذا الأخير - القرآن الكريم - من أثر في تحقيق الصحّة النفسية لديهم، على عكس طلبة العلوم الاجتماعية فإن أغلبهم لا يتمتّع بحفظ للقرآن، وهنا يكمن الفرق بين المجموعتين.

اقتراحات الدراسة:

- تفعيل دور الكتاتيب والمدارس القرآنية.
- تدريس مادة العلوم الإسلامية في جميع التخصّصات ولجميع المستويات.
- إجراء دورات تكوينية لتحفيظ القرآن الكريم في إطار نشاطات الطلبة.
- إجراء دراسات مشابهة على جميع شرائح المجتمع.

قائمة المصادر والمراجع:

1. أبو حيان الأندلسي، البحر المحيط، تحقيق عادل أحمد عبد الموجود، وعلي محمد معوض، دار الكتب العلمية، ط1، لبنان، مجلد8، 1993.

2. أحمد عبده عوض، الإعجاز التربوي في القرآن الكريم والسنة النبوية، المكتبة التوفيقية، ط1 مصر، 2012.

3. أنور الباز، التفسير التربوي للقرآن الكريم، مجلد1، دار النشر للجامعات، ط1، مصر، 2007.

4. البغوي، معالم التنزيل، مجلد 8، تحقيق محمد عبد الله النمر، عثمان جمعة ضميرية، سليمان مسلم الحرش، دار طيبة، المملكة العربية السعودية، 1412هـ.

5. جمال ماضي أبو العزائم، القرآن والصحّة النفسية، مكتبة الإسكندرية، مصر، 1994.

6. سعيد إسماعيل علي، القرآن الكريم، رؤية تربوية، دار الفكر العربي، ط1، مصر ،2000.

7. صالح بن إبراهيم الصنيع، أثر حفظ القرآن الكريم على الصحّة النفسية، مجلة معهد الإمام الشاطبي للدراسات القرآنية، العدد السادس، ذو الحجة 1429هـ.

8. عباس محمود العقاد، التفكير فريضة اسلامية، نهضة مصر للطباعة والنشر والتوزيع مصر، (د ت).

9. عبد الحميد محمد الهاشمي، لمحات نفسية في القرآن الكريم، مكتبة رحاب للنشر والتوزيع الجزائر، د ت.

10. الفخر الرازي، مفاتيح الغيب، مجلد4، دار الفكر، ط1، مصر، 1981.

11. مالك بن نبي، الظاهرة القرآنية، دار الفكر المعاصر، ط4، لبنان، 2000.

12. محمد الغزالي، جدد حياتك، دار البعث للطباعة والنشر، ط3، قسنطينة، الجزائر، 1986.

13. محمد عثمان نجاتي، القرآن وعلم النفس، دار الشروق، ط7، مصر،2001.

14.موصدق خديجة، خطاب النفس الانسانية في القرآن الكريم- حتميته- مقاماته- مقاصده، دار قرطبة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2010.

14. نذير حمدان، الظاهرة الجمالية في القرآن الكريم، دار المنارة، ط1، المملكة العربية السعودية، 1991.

الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن بمدينة الأغواط

أ. سحيري زينب، أ. بلمداني نبيلة، أ.مباركي خديجة

جامعة الأغواط

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية للبحث في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم، وكان عددهن (76) امرأة، يتراوح سنهن بين (16-70) سنة، وكذلك البحث في الفروق الإحصائية التي توجد لديهم والتي تعزى لمعدل حفظهم للقران الكريم ومقدار ترددهن على المسجد ومتغيّر السن. وكانت النتائج أنّ نسبة 72.36٪ من العيّنة المدروسة من حافظات القرآن الكريم يتمتّعن بمستوى مرتفع من الصحّة النفسية ،كما توجد فروق في الصحّة النفسية بين الحافظات القرآن كاملا ومجموعة حافظات من1 إلى 10أجزاء لصالح حافظات القرآن كاملا، كما أنّها لا توجد فروق في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن تبعا لمتغيّر مقدار التردد على المسجد ولم نجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الحافظات تعزى لمتغيّر السن.

Abstract:

This study aims to seek the level of mental health in(76) women learners of the Holy Qur'an age of (16-70) years. And also aims to clarify the differences that they have at the level of suras learned and average of visit to the mosque and the average age.

The results have demonstrated that (76.36 %) of women learners have a high level of mental health. While there are statistical differences in mental health between women who have learned the Holy Qur'an complete and those who have learned that (10) parts of the Qur'an to the advantage of the 1-er group , and have found no statistical differences among the learners prefer following the average of visit has the mosque and the average age

إن الصحّة بمفهومها الواسع نعمة الاهية ومنحة ربانية تستوجب الشكر والاعتراف بالفضل وحسن الذكر، دعا الإسلام إلى رعايتها والمحافظة عليها، ولفت أنظار اتباعه إلى قيمتها حيث قال رسول الله صلى الله عليه وسلم:« من أصبح منكم آمنا في سربه معافى في جسده عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها » ومن يتأمل تعاليم القرآن الكريم يجده أفضل مصدر عنى بالصحّة وطلب من المسلم ان يتخذ من التدابير ما يصون بها نفسه وأهله وبيئته التي يعيش فيها.

بهذا فان الصحّة امل ينشده الناس كلّهم بلا استثناء ومطلب يود الوصول اليه كلّ مخلوق، لأن الانسان يبحث دائما عن الراحة والسعادة. والصحّة النفسية موضوع يمس حياة كلّ انسان، فالفرد

في كلّ أحواله يمكن أن يوصف بأنّه أمّا متمتّع بالدرجة المرتفعة من الصحّة النفسية أو بدرجة من عدم السواء مع اختلاف وتباين بينهما. ومن الطبيعي ان يزداد الاهتمام بالصحّة النفسية مع ازدياد وانتشار الاضطرابات التي تصيب الانسانية. لذا كثرت الاتجاهات الفكرية والنفسية التي ارادت تحديد مفهوم الصحّة النفسية وأبعادها ومدى انتشارها في أوساط الناس، لكن القرآن الكريم كان قد سبق هذه المدارس الفكرية بزمن طويل وبأفكار سديدة وضح بها للإنسان طريقه نحو الصحّة النفسية الإيجابية

الإشكالية:

ان القرآن الكريم هو كتاب الله الذكر الحكيم الذي يعد دستورا جامعا لأصول العبادات والمعاملات التي تنظم حياة الإنسان في الدنيا والآخرة. وهو هداية للبشر بما فيه من اشارات متنوّعة يستطيع كلّ منا في مجال تخصّصه أن يستلهم منه الكثير حين يعود إلى هذا الكتاب الذي لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه.

فقد أقام القرآن الكريم حضارة وصنع تاريخا...وقبل ذلك أقام إنسانا وربّى نفسا بديعة سوية منفردة في تكاملها وأشرق عليها بسكينة لا مثيل لها. **(مصطفى محمود،1998،ص17)**

وقد تطرقت آيات القرآن الكريم إلى مجالات كثيرة خاصّة منها ما يتعلق بإعجاز الخالق في خلق الانسان وما يخص النفس الإنسانية وأحوالها المختلفة في الصحّة والمرض.**(الشربيني،2009،ص52)**

وعبادة الناس لله تعالى هي احدى أساليب القرآن العلاجية للنفس البشرية، فهي تطهّر النفوس وتزكيها وتصقل القلوب وتنقيها ممّا علق بها من ذنوب وخطايا...وتبث في النفس الشعور بالأمن والراحة والسكينة، وتبعث في الجسد النشاط والحيوية والحركة التي تقويه فتغمره السعادة والصحّة النفسية التي يقصد بها ان يعيش الانسان على فطرته في قرب من الله سبحانه وتعالى وسلام مع الناس ووئام مع النفس، وسلامة في الجسد، ونجاح في الحياة.**(فريد زيارة،2009،ص325)**

حيث أنّ الانسان يريد أن يعيش حياته ناعما بسكينة النفس وطمأنينة القلب ،يريد ان يتمتّع بالأمن الداخلي يغمر جوانحه، وبالرضا الذاتي يملأ عليه أقطار روحه، وبالأمل المشرق يضيئ له آفاق حياته، وبالحب الكبير يغمر بالنور والضياء كلّ حناياه، وكلّ جوانب دنياه، هذه هي اهم القناعات التي ينشدها الانسان السوي لنفسه ولكلّ من يحب من أهله ومن الناس. **(القرضاوي،1990،ص55-56)**

هذه التركيبة النفسية هي ثمرة الايمان بالقرآن الكريم، وهي ثمرة التوحيد... والتوحيد يجمع عناصر النفس ويُوحد اتجاه المشاعر نحو مصدر واحد للتلقي، فيؤدي بذلك إلى أثر تركيبي بنائي في الشخصية.**(مصطفى محمود،1998،ص17)**

و لقد سارت أعمال الكثير من الباحثين في اتجاه الدين كمصدر للمعنى والاستقرار... حيث يمثّل النصف الثاني من القرن الماضي بداية الصحوات الدينية المختلفة، الأمر الذي أدى إلى عودة الدين بقوة إلى الحياة الاجتماعية، ومن هنا تمّت مراجعة نظرة الباحثين للعلاقة بين الدين والصحّة النفسية. ويرجع تطور البحوث حول أثر العامل الديني على الصحّة النفسية من«1950حتى 1970» إلى الأعمال الرائدة لأخصائي الشيخوخة **'موبارغ'** (**Moberg**) الذي أثبت في العديد من الدراسات أنّ قوة التدين تساهم في تقوية الصحّة النفسية.**(طيبي غوماري،2013،ص71)**

وكذلك توصل **'شاتيرز'** (**Chatters**, 2000) بعد دراسته لدور القناعات الدينية كعامل وقاية إلى أنّ المؤسّسات الدينية تقدم عادة تقييما إيجابيا للنفس البشرية والذات، كما تقدم وسيلة لتشكيل سلوكيات وقائية تقلل من المخاطر الصحية. ويضيف بأنّ حضور الاجتماعات الدينية والقناعة الدينية والعبادات تؤدي إلى تغيير إدراك تحديات الحياة، وإلى تقوية التوافق النفسي والشعور بالرضا.(**Chatters,2000, p342:**)

كما قام الصنيع بجمع سبعين دراسة حول علاقة الدين والتدين بمظاهر الصحّة النفسية أو اختلالات الصحّة النفسية منها (28) دراسة اجنبية و(24) دراسة عربية و(18) دراسة سعودية وكانت المحصلة العامّة لنتائج تلك الدراسة تشير إلى ارتباط إيجابي بين التدين ومظاهر الصحّة النفسية، وارتباط سلبي بين ومظاهر اختلال الصحّة النفسية. **(الصنيع 2008،ص،254)**

إضافة إلى هذا هناك كم كبير من الدراسات للصحّة النفسية التي تمّت في الدول العربية، والتي اعتمدت على الملاحظة الاكلينيكية والمناهج الانثروبولوجية للبحث في هذا المجال نذكر دراسة انثروبولوجية في قرية صغيرة بالمغرب، لاحظ فيها **'ماكفير'** (**Macphere**)ان قراءة القرآن تمنح النساء المتزوجات طريقة لتسيير أفضل للتجارب الانفعالية المصاحبة لحالات التحول الاجتماعي.**(طيبي غوماري،2013،ص73)**

في ضوء كلّ هذه المعطيات جاءت الدراسة الحالية لتبحث في الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم المترددات على المساجد في مدينة الأغواط . والتساؤلات تكون كالتالي:

1 – ما مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم ؟

2 – هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم تعزى لمقدار الحفظ؟

3- هلتوجد فروق ذات دلالة إحصائيةفي مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم تعزى لمعدّل الحضور؟

4 - هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم تعزى لسن الحافظات؟

فرضيات الدراسة: جاءت فرضيات الدراسة كالتالي:

1 – تتمتّع حافظات القرآن الكريم بمستوى مرتفع من الصحّة النفسية.

2 – توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمقدار الحفظ لدى حافظات القرآن الكريم.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم تعزى لمعدّل الحضور

4 - توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر السن.

اهداف الدراسة:

تتمثّل اهداف الدراسة الحالية في:

- التعرّف على مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن في مدينة الأغواط .

- كذلك تحاول الدراسة التعرّف على الفروق بين عناصر العيّنة المدروسة فيما يتعلق بمستوى الصحّة النفسية والمتغيّرات الوسيطة المتمثّلة في مقدار حفظ القرآن، التردد على المسجد، وعامل السن.

أهمّية الموضوع:

- تأتي أهمّية الدراسة من أهمّية الموضوع المدروس، حيث أنّ تتبع أثر آيات القرآن الكريم على الجوانب المختلفة للإنسان غاية مهمة وسامية ومن خلالها يتجلى للمسلمين الفوائد الكبرى التي يحصلون عليها من حفظهم لكتاب الله والتي من بينها مرضاة الله بالدرجة الاولى، والحصول على الأجور العظيمة المترتبة على قراءته، ففي كلّ حرف حسنة والحسنة بعشر أمثالها. إنَّ الأهمّية تتأتى من ذكر الكثير من الآيات القرآنية لموضوع الانسان وكلّ ما يرتبط بصحته عموما والتي تقارب تسع مائة آية. أمّا كلمة نفس فوردت في مائتين وخمس وتسعين آية. وهذا يدلنا على أهمّية عناية الله سبحانه وتعالى بالنفس الإنسانية وصحتها. كذلك التأكيد على أنّ القرآن الكريم هو أصل كلّ العلوم وعلى الباحثين في كلّ المجالات أن يستخرجوا هذه العلوم كلّ حسب اختصاصه، وهذا بدراسة اشارات ودلائل القرآن الكريم لهذه العلوم ومنها العلوم الانسانية. كذلك تذكير المسلمين بأنّ نعمة الصحّة النفسية التي يتمتّعون بها هي بسبب ايمانهم وقربهم من الله تعالى. والتأكيد أنّ الصحّة عموما والصحّة النفسية

خاصّة تعد من بين الحقول التي يمكن أن يلتقي فيها العلم بالدين دون أن يتأثر أي منهما في منطلقاته ومرجعياته. وهذا تحدي نرفعه من اجل اثبات العلاقة الارتباطية بين الدين والصحّة النفسية.

التعاريف الاجرائية:

الصحّة النفسية: هي حالة من التكامل المستمر مع الفرد في نمو واشباع جوانبه الجسمية والروحية والعقلية والانفعالية والاجتماعية بشكل سوي.**(الصنيع،1426هـ،ص14)**

ونعرف الصحّة النفسية اجرائيا: بأنّها الدرجة التي تحصّل عليها الحافظة للقرآن الكريم على مقياس الصحّة النفسية المستخدم في هذه الدراسة.

القرآن الكريم: هو كلام الله أنزله على رسوله محمّد صلّى الله عليه وسلّم والذي تعهد سبحانه وتعالى بحفظه من التحريف.

الحافظات للقرآن الكريم: ويُقصد بها البنات والنساء اللاتي يقمن بحفظ القرآن الكريم في المساجد.

حدود الدراسة:

وتتحدد بالموضوع الذي تتناوله الدراسة مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن الكريم في مدينة الأغواط .

الحدود البشرية: إنَّ عيّنة الدراسة الحالية والتي بلغت (76) من البنات والنساء اللاتي يترددن على المساجد بهدف حفظ كتاب الله تعالى واللائي تراوحت أعمارهن من (16- إلى 70سنة)

الحدود الزمانية: والتي ترتبط بفترة تطبيق الدراسة والتي تمّت في الفترة الممتدة من 07 الى18 افريل من العام2015.

الحدود المكانية: تمّت هذه الدراسة في مجموعة من مساجد مدينة الأغواط التالية: مسجد اسامة ابن زيد، مسجد الصحوة، مسجد حذيفة بن اليمان، مسجد مبارك الميلي، مسجد الخليفة.

الإطار النظري:

تعريف الصحّة النفسية: تعريف الصحّة والنفس لغة

الصحّة لغة: "ضد السقم" ويقال رجل صحيح الجسد خلاف المريض، وهو السليم من العيوب والأمراض **(الامام الرازي،1988،ص150)**

النفس لغة: جاءت بمعنى الروح، يقال رجل خرجت نفسه، وجاد بنفسه **(المعجم الوسيط، دت،ص978)**

النفس في التعريف القرآني: جاءت بمعان متعددة في (295)آية من القرآن الكريم في معان مختلفة منها:

ا: النفس بمعنى ذات الله سبحانه وتعالى مثل قوله في سورة **(المائدة الآية: 116)** ﴿ تَعْلَمُ مَا فِي نَفْسِي وَلَآ أَعْلَمُ مَا فِي نَفْسِكَ ﴾.

ب: النفس بمعنى صفة الله سبحانه وتعالى مثل قوله في سورة **(آل عمران:28)** ﴿ وَيُحَذِّرُكُمُ ٱللَّهُ نَفْسَهُۥ ﴾.

ج: النفس بمعنى الروح مثل قوله في سورة **(الفجر:27-28)** ﴿ يَٰٓأَيَّتُهَا ٱلنَّفْسُ ٱلْمُطْمَئِنَّةُ ﴿٢٧﴾ ٱرْجِعِيٓ إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً ﴾.**(عدنان الشريف،2000،ص36)**

تعريف للصحّة النفسية من منظور اسلامي:

ظهرت في السنوات الأخيرة تعريفات للصحّة النفسية من وجهة نظر إسلامية مثل تعريف (محمود عودة، وكمال إبراهيم) بأنّ الصحّة النفسية هي: أن يعيش الإنسان على فطرته في قرب من الله ،وسلام مع الناس ووئام مع النفس ،وسلامة في الجسد ،ونجاح في الحياة

. كما يذكر سيد صبحي بأنّ الصحّة النفسية في أساسها هي: قيمة الشخص من خلال أفعاله وسلوكه وتصرفاته ،و ليست القيمة هناهي التي تبتعد بالإنسان عن القيم الدينية، بل هي الاتجاه إلى الخير، والخير هو أن يأتي الإنسان بسلوك وتصرفات ابتغاء مرضاة الله. (faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=37723)

تعريف الصحّة النفسية في علم النفس:

تباينت تعريفات علماء النفس للصحّة النفسية فمنهم من يرى أنّ الصحّة النفسية هي خلو الانسان من الأمراض، ومنهم من يقول أنها تحقيق التوازن، ومنهم من يراها تحقيق التوافق والتكيف وآخر يقول أنها تحصيل السعادة وهناك من يراها بتحقيق الذات.

ومن تعريفات الصحّة النفسية ما يراه عبد الخالق، بأنّها حالة عقلية انفعالية مركبة دائما نسبيا من الشعور بأنّ كلّ شيء على ما يرام والشعور بالسعادة مع الذات والآخرين والشعور بالرضا

والطمأنينة والأمن وسلامة العقل، والاقبال على الحياة، مع شعور بالنشاط والقوة والعافية، وتتحقق في هذه الحالة درجة مرتفعة نسبيا من التوافق النفسي الاجتماعي مع علاقات اجتماعية راضية ومرضية.**(أحمد عبد الخالق،دت.ص14)**

مناهج الصحّة النفسية:

أوضح حامد عبد السلام زهران بأنّه يكاد يجمع علماء النفس على ثلاثة مناهج الصحّة للصحّة النفسية هي:

المنهج الإنشائي: ويتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء العاديين حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى من الصحّة النفسية.

المنهج الوقائي: يتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ويهتمّ بالأسوياء ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية.

المنهج العلاجي: يتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحّة النفسية. **(أحمد عبد الخالق،دت،ص43)العامل الروحي والصحّة النفسية:**

ظهرت في الجمعية العمومية لمنظمة الصحّة العالمية سنة (1984) فكرة أنّ العامل الروحي هو رابع المكوّنات للصحّة العامّة والتي تشمل العناصر البدنية والنفسية والاجتماعية علاوة على العامل الروحي.**(جمال ابو العزائم،1994،ص80)**

ان الايمان هو الاعتقاد بالحقيقة المقدسة. وفي أثناء عملية النمو نحو النضج فان الانسان يصل إلى مرحلة يبدأ فيها التأمل في الظواهر الكونية والخلقية والنفسية، ويزداد الحب والرهبة تجاه القوة الخارقة التي تسير هذا الكون. وهذا يشكل نواة الإيمان التي تنمو وتقوى بالتأمل والتفكير. ويتأصل هذا الإيمان ويقوى بالله تعالى وكتبه ورسله دون تمييز. وبهذا يتضح الإيمان ويصبح عاملا فعالا وتكون له قوة دائمة عن طريق علاقة الفرد بالله.

وهذا هو سر نجاحه في حياة الناس وتأثيره على سلوكهم وبالتالي على صحتهم، ورغم أنّ للإيمان درجات متفاوتة إلاّ أنّ الايمان الروحي يخلق في الانسان احساسا بالرضا والسعادة. **(المرجع السابق،ص81)**

الدراسات السابقة:

نظرا لندرة الدراسات التي تناولت مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن لجأنا لتوسيع دائرة الموضوع لتشمل التدين بمظاهره المختلفة واثرها على جوانب من شخصية الانسان واهمها الصحّة النفسية.

- **دراسة أشرف عبد القادر**: (1986) بحث في القيم الدينية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها ببعض سمات الشخصية عند (500) طالب من كلّية الآداب بمصر وكانت اهم النتائج وجود علاقة ارتباطية بين القيم الدينية وسمات المسؤولية، الاتزان الانفعالي، السيطرة، الاجتماعية، الحرص، التفكير الاصيل، العلاقات الشخصية هذه النتائج تبين الأثر الإيجابي للالتزام بالإسلام وقيمه على سمات افراده الشخصية.(**الصنيع،2000ص111**)

- **دراسة الصليفيح:** (1989) درس دور القرآن الكريم في تنمية مهارات القراءة والكتابة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية وكانت العيّنة (120)من الصف السادس من مدارس التعليم العامّ ومدارس تحفيظ القرآن الكريم وكان من أهم النتائج حصول تلاميذ التحفيظ على متوسط اعلى من اقرانهم تلاميذ التعليم العامّ في القراءة والكتابة ممّا دل على الأثر الإيجابي لتلاوة وحفظ القرآن على مستويات تلاميذ التحفيظ. (**الصنيع،2000،ص256**)

- **دراسة محمد الخراز ومنصور الزهراني**: (1991) بحثا في العلاقة بين التدين والصحّة النفسية لدى (64) طالبة في كلّية العلوم الاجتماعية وكانت النتائج وجود ارتباط موجب دال احصائيا بين التدين والصحّة النفسية.(**الصنيع،2000ص156**)

- **دراسة 'فرانكل' و'هوايت'**: (Frankel&Hewitt)1994ودرسا لعلاقة بين التدين والسعادة النفسية لدى طلاب جامعة كندية عددهم(229) قسموا إلى مجموعتين (172) منتمين إلى مؤسّسات دينية و(127) غير منتمين وقورنت الحالات الصحية بين المجموعتين بعد استخدام الاستبانة التي تحتوي على (9) مجالات من بينها الصحّة النفسية والجسمية والممارسة الدينية وكانت النتيجة أنّ الطلاب المنتمين إلى المؤسّسات الدينية اكثر صحّة وأقل تردداً على الخدمات الصحية.(frankel&hewitt ,1994,p64)

- **دراسة المحيش:(1997)** درس العلاقة بين الالتزام الديني والصحّة النفسية على عيّنة تكونت من(234)من طالب الجامعة وكانت أهم النتائج ،وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الالتزام الديني وأبعاد الصحّة النفسية. **(الصنيع،2000،ص259)**

- **دراسة الصنيع 2000:**بحث في اثر حفظ القرآن الكريم على الصحّة النفسية لدى طلاب الجامعة وكان عددهم (170) و(170) من معاهد الدراسات القرآنية. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين ارتفاع مقدار الحفظ وارتفاع مستوى الصحّة النفسية لدى عيّنتي الدراسة وان طلاب وطالبات المعهد والذين يتفوقون على طلاب وطالبات الجامعة في مقدار الحفظ كانوا اعلى في مستوى الصحّة النفسية بفروق دالة. www.elwatannews.com/news/details/634616

منهج الدراسة:

نظرا لطبيعة هذه الدراسة فقد اختير استخدام المنهج الوصفي التحليلي، الذي يصف الظاهرة المراد دراستها، كما هي في الواقع وذلك بجمع الحقائق والبيانات وبعد ذلك تصنيفها وتحليلها للوصول إلى نتائج وتعميمات فيما يخص موضوع البحث.

عيّنةالدراسة:

قامت الباحثتان باختيار العيّنة بطريقة قصدية، كان الهدف هو محاولة الوصول إلى عينة تشمل أكبر قدر من حافظات القرآن حسبا لإمكانيات المتوفرة،.

قامت الباحثتان في البداية بتطبيق الاستبيانات مع 80 حافظة، وبعد جمع الوسائل المطبقة عليهم. وقامتا بإقصاء 04 منهن، وذلك إمّا لنقص الإجابة أو لتطرف ونمطية الاستجابة (عدم تفهم المبحوثة للبنود) فبقي 76 حالة تمثّل الحجم النهائي لعيّنة الدراسة.

وصف خصائص العيّنة:

- توزيع العيّنة من حيث السن:

تنوّعت الأعمار في العيّنة لذلك تم تقسيمهن إلى فئات عمرية كانت كالآتي:

الجدول رقم (01):توزيع أفراد العيّنة من حيث الفئات العمرية

الفئة العمرية	30-16	45-31	+45
العدد	37	12	27
النسبة المئوية	%48.68	%15.78	%35.52
المجمـــــوع			76

يتضح من الجدول أعلاه أنّ عيّنة الدراسة بتقسيمها على 3 فئات عمرية بلغت نسبتها 48.68 % بالنسبة للفئة العمرية ما بين 16 و30 سنة بتكرار قدّر بـ 37 حافظة للقرآن، وتليها الفئة العمرية الأكثر من 45 سنة بنسبة مئوية قدّرت بـ 35.52% وبتكرار 27 حافظة للقرآن، وجاء في المرتبة الأخيرة الفئة العمرية ما بين 31 و45 سنة بتكرار 17 حافظة.

توزيع العيّنة حسب مستويات حفظ القران:

الجدول رقم (02):توزيع أفراد العيّنة من حيث مستوى الحفظ

القرآن كاملا	29-21 جزء	20-11 جزء	10-1 أجزاء	مستوى الحفظ
19	3	15	39	العدد
%25	%3.94	%19.73	%51.31	النسبة المئوية
76	المجمـــــوع			

بملاحظة الجدول أعلاه يتضح انه يوجد تفاوت في مقدار حفظ القرآن حيث تركزت الغالبية العظمى في مقدار الحفظ بين 1 و10 أجزاء بنسبة 51.31 %، وتلتها فئة حافظات القرآن كاملا بنسبة 25 % وبتكرار 19 حافظة للقران كاملا، وبعدها فئة الحافظات بين 11 و20 جزء بتكرار 15 حافظة ونسبة مئوية قدّرت بـ 19.73 %، في المرتبة الأخيرة

مقياس الصحّة النفسية:

اعتمدت الباحثتان في هذه الدراسة على مقياس الصحّة النفسية

وصف المقياس:

هو مقياس الصحّة النفسية من منظور إسلامي قدمه **سليمان بن علي الدويرعات** في رسالته للدكتوراه السلوك الأخلاقي وعلاقته بالصحّة النفسية من منظور إسلامي ويتضمن المقياس اربعة أبعاد فرعية هي:

- البعد الديني - البعد الاجتماعي - البعد النفسي - البعد الجسمي.

طريقة الاستجابة على المقياس هي طريقة ليكرت من 6 اختيارات ويتكون المقياس من 60 بندا بمقدار 15 بند لكلّ بعد.

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

الصدق: في البحث الحالي تمّ حساب الصدق بالمقارنة الطرفية حيث تمّ حساب 27 % من أفراد العينة الاستطلاعية البالغ عددهم (26) فردا بعد ترتيب درجاتهم والغاء الاستمارات التي لم تستوفي الشروط المطلوبة فكانت المجموعتان متكونتان من (7) أفراد في كلّ مجموعة وتمّ حساب اختبار(T) بين درجاتهم، فكانت النتيجة هي الحصول على معامل صدق قدّر بـ (7.004) وهو دال إحصائيا عند مستوى المعنوية (0.001)

الثبات: طبقت الباحثتان الاختبار على عينة تكونت من (26) وتمّ إيجاد معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معامل الارتباط سبيرمان - براون، وكانت النتيجة أنّ معامل الارتباط يساوي (0,77) وهو دال عند مستوى المعنوية (0.05)، وهو مؤشر يدل على ثبات جيد للاختبار

ومن خلال إجراءات الصدق والثبات تطمئن الباحثتان بصلاحية الأداة وملائمتها لمستوى عينة البحث وتحقيق النتائج المرجوة.

طريقة تطبيق المقياس: التقنية الإحصائية المعتمدة في تحليل النتائج:

اعتمدنا على تحليل التباين المتعدد في تحليل نتائج الدراسة، وهي الطريقة التي يمكن أن تقدم نموذجا للانحدار، وتحليلا للتباين لعدة متغيّرات مستقلة، بواسطة شرط أو مجموعة شروط تمثّل المتغيّرات التابعة .وذلك لمعرفة ما إذا كان هناك تفاعل حقيقي بين المتغيّر التابع ومجموعة المتغيّرات المستقلة، كما أنّ هذه العملية تمّت بواسطة برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. SPSS 18

تحليل وتفسير النتائج: نتائج وتفسير الفرضية الأولى:

نصّ الفرضية:تتمتّع حافظات القرآن الكريم بمستوى مرتفع من الصحّة النفسية.

الجدول رقم(04) مستويات الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن

مستويات الصحّة النفسية	التكرار	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	الانحراف المعياري
منخفض	0	0	0	0
متوسط	21	243.76	%27.63	15.362
مرتفع	55	294.27	%72.36	23.656
المجموع	76	280.32	%100	31.350

يتضح من الجدول رقم (04) أنّ نسبة 72.36%من العيّنة المدروسة من حافظات القرآن يتمتّعن بمستوى مرتفع من الصحّة النفسية وهذا بتكرار قدره (55) من أصل (76) حافظة، وهن الغالبية كما نلاحظ أنّ نسبة 27.63%جاءت في المستوى المتوسط بتكرار يقدّر بـ (21) حافظة، والملاحظ أنه لا يوجد من الحافظات من لديها مستوى منخفض من الصحّة النفسية.

من خلال النتائج المتحصّل عليها نقول إنَّ الفرضية الأولى قد تحققت، وتفسير النتيجة ترجع إلى اعتقاد الحافظات للقرآن الكريم وادراكهن لإنسانيتهن ولأهمّية التعايش مع الآخرين، وحاجة كلّ واحدة منهن إلى الاحترام والتقبل والقبول، والتسامح، هذا الذي يحتاجه الانسان في كلّ فترة من فترات حياته. اضافة إلى المسؤولية الاجتماعية العالية التي يتحمّلنها والتي تشعرهن بالرضا عن النفس وعن كلّ من

يحيط بهن وهذا ما انعكس بصورة إيجابية على ذواتهن وصحتهن النفسية. وهذه النتيجة وافقت دراسة الخراز(1991) الذي أكد في دراسته على وجود ارتباط موجب بين التدين والصحّة النفسية لدى طلاب كلّية العلوم الاجتماعية. وكذلك توافقت النتائج مع الدراسة المسحية التي قام بها الصنيع لـ (70) دراسة حول علاقة الدين والتدين بمظاهر الصحّة النفسية منها (28)دراسة اجنبية و(42) دراسة عربية والتي أكدت الارتباط الإيجابي بين التدين ومظاهر الصحّة النفسية.

نتائج وتفسير الفرضية الثانية:

نصّ الفرضية الثانية هو: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمقدار الحفظ لدى حافظات القرآن الكريم، وبعد المعالجة الإحصائية تمّ التوصل إلى النتائج التالية:

الجدول رقم (05)يوضح الفروق في الصحّة النفسية تبعا لمقدار الحفظ

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةF	مستوى الدلالة	القرار
الصحّة النفسية تبعا لمقدار حفظ القرآن	داخل المجموعات	61060.313	72	848.060	9734.	03.0	دال عند 0.05
	مابين المجموعات	12652.109	3	4217.370			
	الكلّي	73712.421	75				

من خلال الجدول رقم (05) أعلاه وبالنظر إلى قيمة اختبار تحليل التباين (F) والتي بلغت في الصحّة النفسية تبعا لمقدار الحفظ (4.97) نلاحظ أنّ هذه القيمة جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا (α=0,05)، وبالتالي يمكن القول بأنّه توجد فروق بين أفراد عيّنة الدراسة في الصحّة النفسية تبعا لمقدار الحفظ.

وبما أنّ اختبار الدلالة الإحصائية (F) لا يحدد الفروق لصالح من في حالة ما إذا كانت الفروق دالة كما جاء في هذه الحالة فإننا نلجأ إلى استخدام معامل الشيفي (**Scheffe**) وهذا لتحديد لصالح من جاءت هذه الفروق وهذا ما يبينه الجدول رقم (06) حيث نلاحظ أنّ متوسط الفروقات كانت لصالح أفراد عيّنة الدراسة اللواتي حفظن القرآن كاملا.

الجدول رقم (06):

يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق في الصحّة النفسية تبعا لمقدار الحفظ

الفروق في الصحّة النفسية تبعا لمقدار الحفظ	معامل الشيفيه للمقارنات البعدية

الأجزاء المحفوظة (I)	الأجزاء المحفوظة (J)	متوسط الفروقات (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
من 1-10 أجزاء	من 11-20	-15.497	8.848	.388
من 1-10 أجزاء	من 11-20	-15.497	8.848	.388
	من 21-29	2.436	17.848	.999
	القرآن كاملا	-30.336*	8.147	.005
من 11-20جزء	1-10	15.497	8.848	.388
	21-29	17.933	18.418	.814
	القرآن كاملا	-14.839	10.058	.540
من 21-29 جزء	1-10	-2.436	17.448	.999
	من 11-20	-17.933	18.418	.814
	القرآن كاملا	-32.772	18.092	.357
القرآن كاملا	1-10	-30.336*	8.147	.005
	11-20	14.839	10.058	.540
	21-29	32.772	18.092	.357
	*.متوسطات الفروق دالةعند α=0,05			

من الملاحظ حسب النتائج الموضحة في الجدول أعلاه أنه توجد فروق في الصحّة النفسية بين مجموعة حافظات القرآن كاملا ومجموعة حافظات من 1 إلى 10 أجزاء منه لصالح حافظات القرآن كاملا وذلك عند مستوى الدلالة (0.05)،مما يعني أنّ الفرضية الثانية قد تحققت أي أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمقدار الحفظ لدى حافظات القرآن الكريم.

حيث تفسر الباحثتان ذلك أنه من إكرام الله عز وجل اهتمامه بالصحّة النفسية للإنسان، رسم له منهاجا قرآنيا، إن امتثل له وواظب على حفظه تمتّع بالصحّة النفسية، لأن قارئ القرآن يجد فيه ما يبشره ويدخل السرور عليه، وفيه من القصص ما يروح به عن نفسه، وفيه من المبشرات ما

يخفف عنه وطأة الهموم والفتن، إذ يعتبر عاملا مهما في تعزيز العواطف الإيجابية لدى الأفراد وبالتالي في ارتياحهم النفسي. فالقرآن الكريم بوظيفته المعرفية والمتمثّلة في تفسيره لكلّ المسائل الحياتية التي تشكل مصدر قلق وصراع كالخير والشر ودلالات الخلق والوجود الإنساني، كلّها تفسيرات نجدها في القرآن الكريم تعمل ضابطا وموجها، وكذلك يساعدنا في تحديد الهوية الفردية والجماعية وتحديد الالتزامات والأطر الاجتماعية. ونشير إلى أنّ هذه النتيجة توافقت مع الدراسة الانثروبولوجية التي قام بها ماكفير(Macphere)في قرية صغيرة بالمغرب والتي لاحظ فيها أنّ قراءة القرآن تمنح النساء المتزوجات طريقة لتسيير أفضل للتجارب الانفعالية المصاحبة لحالات التحول الاجتماعي.

نتائج الفرضية الثالثة:

جاء نصّ الفرضية الثالثة كما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمعدل الحضور.

الجدول رقم (09):

الفروق في مستوى الصحّة النفسية حسب مقدار التردد على المسجد خلال الأسبوع

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةF	مستوى الدلالة	القرار
الصحّة النفسية تبعا لمقدار التردد على المسجد	داخل المجموعات	69521.845	71	979.181	1.070	.378	غير دالة
	مابين المجموعات	4190.576	4	1047.644			
	الكلّي	73712.421	75				

من خلال الجدول رقم (09) يتضح لنا أنّ قيمة (ف) المحسوبة غير دالة ممّا يعني أنه لا توجد فروق في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن تبعا لمتغيّر مقدار التردد على المسجد خلال الأسبوع أي أنّ الفرضية البديلة لم تتحقق، ممّا يجعلنا نقبل بالفرضية الصفرية وهي لا توجد فروق في مستوى الصحّة النفسية لدى حافظات القرآن تبعا لمتغيّر مقدار التردد على المسجد خلال الأسبوع.

وتفسر الباحثتان هاته النتيجة بأنّ الأبحاث المتخصّصة في علم نفس المرأة وجدت أنّ العلاقات الشخصيّة والحميمة وكذلك علاقة الصداقة وتلك الّتي تُبنى على أساس انتماء مشترك تعد أهم مكوِّنات صحّة النساء النفسيّة. إنَّ الانضمام إلى المجموعات التي نحصل من خلالها على الإثارة المهنيّة أو الذاتيّة (كالفعاليات الاجتماعية والدينيّة أو الثقافية...الخ)، قد يساهم في شعورنا في الانتماء وتوسّع دائرة علاقاتنا وتبدّد إحساسنا بالوحدة .وقد يساعدنا انضمامنا لمجموعات دعم ومساعدة ذاتيّة في مواضيع تقلقنا. الالتقاء مع وجهات نظر جديدة وعلى فهم تجربتنا الذاتيّة عبر سياق عامّ، وعلى التعامل مع صعوباتنا كونها مشتركة لكلّ من يواجه حالة مشابهة.**(رغدة النابلسي، عربية منصور، 2012، ص67-70)**

كما تفسر الباحثتان هاته النتيجة أنها جاءت جراء توحيد الهدف (حفظ القرآن) وتوحيد المنهج المتبع وهو التكرار في الحلقات أو في المنزل للائي لا يستطعن الحضور الدائم أيضا الواجب المنزلي الذي يجب حفظه وان لم يحضرن ممّا يعني تكرارهن للقرآن حتى وان لم يحضرن.

وبما أنه لم توجد دراسات تطرقت لهذين المتغيّرين حسب علم الباحثتان، لذلك لم تتمكّنا من مقارنة هذه النتائج بأي نتائج أخرى.

نتائج الفرضية الرابعة:

كانت الفرضية الرابعة كالتالي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر السن.

الجدول رقم (10): الفروق في مستوى الصحّة النفسية حسب متغيّر السن

		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمةF	مستوى الدلالة	القرار
الصحّة النفسية تبعا لمقدار التردد على المسجد	داخل المجموعات	70686.684	73	968.311	1.562	.217	غير دالة
	مابين المجموعات	3025.737	2	1512.868			
	الكلّي	73712.421	75				

من خلال نتائج الجدول رقم (10) نلاحظ أنّ قيمة (ف) المحسوبة غير دالة بعد مقارنتها مع القيمة الجد ولية تبين أن ليس هناك فرقا معنويا في التباين بمعنى أنّ التباين متساوي.مما يجعلنا نرفض الفرضية البديلة ونقبل بالفرض الصفري الذي ينصّ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين حافظات القرآن في مستوى الصحّة النفسية تبعا لمتغيّر الجنس.

لذلك تستنتج الباحثتان أنّ الصحّة النفسية حالة دينامية تبدو في قدرة الفرد على التوافق المرن الذي يناسب الموقف الذي يمر به الفرد ويخبره. وترى الباحثتان أنّ وضعية الحلقات التي تحضرها كلّ فئة الحافظات للقرآن الكريم من كلّ الأعمار ومختلف المستويات الثقافية تجعلهن أقرب لبعضهن البعض، حيث تكون المساعدة والمساندة والتكيف مع كلّ المجموعة وبهذا تتلاشى فروق السن بينهن. جاءت هذه الدراسة بعكس النتيجة التي جاءت بها دراسة **شوكت (2000)** والتي بحثت في العلاقة بين التوافق الدراسي والاتزان الانفعالي والكفاية الشخصية لدى طالبات الجامعة. وتوصلت إلى أنّ الطالبات الغير متزوجات كانوا أكثر توافقا من المتزوجات.

الاقتراحات:

من خلال ما تمّ تقديمه في الدراسة الحالية والنتائج التي توصلت اليها فإننا ندرج الاقتراحات التالية:

* الاهتمام اكثر بهذه الفئة التي اختارت عن طواعية أن تتعلم وتتفقه في اصول الدين القويم بالطريقة الصحيحة. وتقديم لهن الدعم المادي والمعنوي.

* **أن** يكون القرآن الكريم محورا أساسيا في مناهج وبرامج رياض الأطفال صيانة لفطرة الطفل ورعاية نموه الخلقي والعقلي واللغوي والجسمي.

الخاتمة:

ان حقيقة تأثير حفظ القرآن الكريم في النفس المسلمة امر ثابت لا يحتاج إلى دراسة. فكلام الله عز وجل أنزله لهداية البشر وفلاحهم في الدارين، فمن أخذ به وجد السعادة الدنيوية والراحة النفسية. ومثل هذه الدراسة انما هي من باب تفسير وبيان ذلك الأثر. والنتيجة التي توصلت اليها هذه الدراسة تمثّل هذه الحقيقة وتوضح أنّ لحفظ القرآن الكريم وتلاوته أثرا إيجابيا على الصحّة النفسية للنساء لأن حفظ القرآن الكريم يهيئ النفس البشرية ويجعلها أقرب للسواء منها للمرض، حيث تنصرف عن الشهوات والهموم والقلق، بالتالي ترتفع الصحّة النفسية ومعها القدرات العقلية.

المراجع:

- أحمد عبد الخالق،(د.ت) **أصول الصحّة النفسية** دار المعرفة الجامعية الاسكندرية، مصر.

- القريطي عبد المطلب، 2003، **في الصحّة النفسية** دار الفكر العربي،ط3، القاهرة.

- جمال ماضي ابو العزائم،1994،**القرآن والصحّة النفسية** مكتبة الاسكندرية، مصر.

-غريب عبد الفتاح، 1999،**علم نفس الصحّة النفسية** القاهرة، مكتبة الانجلو مصرية.

- لطفي الشربيني،2009،**الاشارات النفسية في القرآن الكريم**، دار النهضة العربية، لبنان.

- مصطفى محمود،1998،**علم نفس قرآني جديد**، قطاع الثقافة، القاهرة.

- فريد سعيد زيارة،2009، **منهج القرآن في تحقيق الصحّة النفسية للإنسان**، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية غزة.

- غوماري طيب، جدعوني الزهراء، بوقريرس فريد، العرباوي عمر،2013،**علاقة مستوى تدين الأفراد الراشدين في الجزائر (معتقد وممارسة)بصحتهم النفسية من خلال مستوى ارتياحهم النفسي**، المديرية العامّة للبحث العلمي والتطوير التكنولوجي،جامعة معسكر، الجمهورية الجزائرية.

- صالح بن ابراهيم الصنيع، 2008**اثر حفظ القرآن الكريم على الصحّة النفسية** مجلة معهد الامام الشاطبي للدراسات القرآنية، ع 6،

- صالح بن ابراهيم الصنيع:2000، **التدين والصحّة النفسية**، الادارة العامّة للثقافة والنشر بالجامعة، الرياض.

- حامد عبدالسلام زهران،2005 **الصحّة النفسية والعلاج النفسي**، الشركة الدولية للطباعة، القاهرة.

- مجمع اللغة العربية **المعجم الوسيط**، ج2

- عدنان الشريف،2000،**علم النفس القرآني**، دار العلم للملايين، ط4.

- محمد بن ابي بكر بن عبد القادر الرازي،1988، **مختار الصحاح**، مكتبة لبنان.

- Chatters, L. M. (2000). Religion and health: Public Health research and practice. AnnualReview of Public Health, 21, 335–367

- Frankel,B;G.&Hewitt ,W.G ,1994,Religion and well-Beingamong Canadian Universitystudents:theRoleof Faith Group on Compus ,journal for the scientificStudy of Religion 33(1)62-73.

www.elwatannews.com/news/details/634616-

faculty.mu.edu.sa/download.php?fid=37723 -

مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين المتربصين بمركز التكوين المهني للمعاقين بمدينة الأغواط

د.عمومن رمضان –ا.دعماش خديجة

جامعة الأغواط

الملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرّف على مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين المتربصين بمركز التكوين المهني للمعاقين ولتحقيق أهداف الدراسة اختارت الباحثة مقياس التوافق النفسي لمصطفى ساهي، وقد تمّ التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس على عيّنة قوامها (30) معاقا لهم نفس خصائص مجتمع الدراسة، أمّا الدراسة الأساسية المستندة إلى المنهج الوصفي تمّ التطبيق على مجتمع قوامه (32) معاقا ومعاقة (حركيا، سمعيا، تأخر ذهني بسيط)من مركز التكوين المهني للمعاقين بالأغواط ، وقد تمّ جمع البيانات وتحليلها اعتمادا على نظامSPSS ، وقذ أسفرت نتائج هذه الدراسة على: أنّ مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين المتربصين في مركز التكوين المهني فوق المتوسط.

الكلمات المفتاحية: التوافق النفسي، المعاق المتربص، التكوين المهني

Abstract:

This study aims at studying the level of psychological compatibility of handicapped vocational trainees in the vocational training center for handicapped in Laghouat. In order to reach the aims of this study, the researcher has chosen the scale of psychological compatibility of Mustapha Sahi. The psychometric characteristics of the scale have been checked on a samples of 30 handicapped of the same features of the population study, whereas the main study based on descriptive research method is applied on a population study composed of 32 male and female handicapped (having physical, deafness and slight intellectual disability) in the vocational training center for handicapped in Laghouat. Data has been collected and analyzed based on SPSS software. The results of the study reveal that:

The level of psychological compatibility of handicapped vocational trainees in the vocational training center for handicapped is above average.

Keywords: The psychological compatibility , The handicapped vocational , the vocational training

-الإطار المنهجي

1)إشكالية الدراسة

لاشكّ أنّ الإعاقة وكلّ ما يتعلق بسيكولوجية المعاقين وذوي الاحتياجات الخاصّة هي إحدى المشكلات التي تحظى اليوم باهتمام المسؤولين والباحثين والمتخصّصين، وذلك نتيجة عوامل ومتغيّرات

عديدة تشمل الكثير من جوانب الحياة الاجتماعية والثقافية والاخلاقية والتشريعية، متغيّرات أدت إلى إثارة الوعي والادراك العامّ لمدى أهمّية تلك الفئات، وضرورة توفير كافة الحقوق الاساسية لهم، وهذا لا يتحقق إلاّ من خلال الدراسات المعمقة لكافة فئات الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصّة من حيث بنائهم النفسي وسماتهم الشخصية وظروفهم الأسرية، والهدف هو أن تقدم لهم أفضل الخدمات وأكثرها ملاءمة لحالاتهم من الناحية الصحية والنفسية والتربوية، وتأهيلهم اجتماعيا ومهنيا ليقوموا بدورهم الإيجابي في العمل والانتاج. (محمد يوسف، 2003، ص5)

ولقد بدأ الاهتمام بتأهيل المعاقين مع بداية هذا القرن وذلك للتزايد المطرد في نسبة ارتفاع المعاقين، وانصب هذا الاهتمام ببرامج مدروسة بإعدادهم في عدد من المهن أوالحرف حسب إمكانيات كلّ دولة وكلّ مؤسّسة واضعين بعين الاعتبار، أنّ الفرد الذي لديه إعاقة لابد من رعايته كفرد له إمكانات وقدرات، وعلى البرامج المعدة إدخال تلك المفاهيم في الحسبان لإعداد مواطنا يقوم بواجبه ولاستثمار كلّ امكاناته في سياق الحياة الاجتماعية، وأن يكون الفرد المعاق لديه عملا وإنتاجا وكيانا اجتماعيا وهذا جزء من الخطة التنموية للمجتمع الذي يعيش فيه.

وتعرّف الإعاقة بأنّها ذلك القصور المزمن، او العلة المزمنة التي تؤثّر على قدرات الشخص، فيصير معوقا، سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية، أو عقلية، أو اجتماعية الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية، التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، وكما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الافراد العاديين في المجتمع، ولذلك فهو أشد الحاجة إلى نوع خاصّ من البرامج التربوية التأهيلية، وإعادة التدريب، وتنمية قدراته رغم قصورها، حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعوق.(شاهين رسلان، 2009، ص36)

والجزائر كغيرها من الدول حذت حذو دول العالم لرعاية وتأهيل المعاق وذلك من خلال فتح مراكز متخصّصة لتأهيل هذه الفئة الخاصّة ودمجها في المجتمع، والهدف من هذه المراكز هو تحويل الفئات الخاصّة من طاقات مستهلكة إلى طاقات منتجة، ويتمّ ذلك من خلال تدريبهم على مهن تتناسب مع قدراتهم، وتحقيق الكفاءة المهنية لهم بتعليمهم بعض المهارات اليدوية وإكسابهم الخبرات النفسية المناسبة لطبيعة إعاقاتهم واستعداداتهم التي تمكّنهم ممارسة بعض الحرف أو المهن في المصانع أو المؤسّسات ممّا يساعدهم على الشعور بقيمتهم وفاعليتهم، وينمي ذواتهم وإحساسهم بالرضا ويؤدي بهم إلى الكفاية الاقتصادية الذاتية والمساهمة في الإنتاج وزيادة الدخل في المجتمع.

كما تهدف أيضا توفير خدمات من شأنها أن تخفف من مشكلاتهم وتخلصهم من التوترات الداخلية والضغوط الخارجية والآثار النفسية والاجتماعية المترتبة عليها وتحقق لهم السعادة والأمن. (أسماء هلال، 2009، ص ص154.153)

وهذا كلّه يرمي إلى بناء أو إعادة بناء توافقا نفسيا للمعاق، حيث يعتبر التوافق من أهم المفاهيم شيوعا في علم النفس ذلك أنه تقييم سلوك الإنسان. وعلم النفس أنما هو علم سلوك الانسان وتوافقه مع البيئة، لذلك كانت دراسة علم النفس لا تنصب على السوك ذاته أو على التوافق نفسه بل تدور حول كيفية الوصول للتوافق وطبيعة العمليات التي يتعلم بواسطتها التوافق أو عدم التوافق.(سهير كامل،1999، ص25).

ونعني بالتوافق النفسي الانسجام مع البيئة، ويشمل القدرة على إشباع حاجات الفرد ومواجهة معظم المتطلبات الجسمية والاجتماعية. (محمد النوبي،2010، ص 25)

ويعتبر التوافق النفسي أحد أهم مقومات الصحّة النفسية والرضا النفسي لدى الافراد ذوي الإعاقة والعاديين ومن ثم فهناك احتياج دائم لتشخيص هذا النوع. (المرجع السابق، 2010،ص11)

ومن هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية تبحث في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين (جسميا، عقليا، سمعيا) المتربصين بمركز التكوين المهني للمعاقين بمدينة الأغواط ؟ ويتفرع عن هذا السؤال التساؤلات الفرعية التالية:

. هل يوجد تباين بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لنوع الإعاقة (الجسمية، السمعية، الذهنية البسيطة) ؟

. هل يوجد تباين بين المعاقين المتربصين في التوافق النفسي يعزى لمختلف التخصّصات المهنية (صناعة الحلويات، النقش الخشب، صناعة السلال) ؟

. هل يوجد فروق بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لمتغيّر الجنس ؟

2) أهمّية الدراسة:

تكمن أهمّية البحث الحالي في موضوع الدراسة وذلك لأهمّية متغيّراتها، حيث يعتبر التوافق النفسي من الركائز الاساسية في علم النفس إن لم نقل هو الركيزة الاهم التي يبحث فيها هذا العلم للوصول إلى الصحّة النفسية، كما أنّ البحث في التوافق النفسي للمعاقين من المواضيع الهامّة جدا والجديدة في دول العالم إذ يقاس تقدم هذه الدول بما تقدمه لهذه الفئات الخاصّة من خدمات، كما تبحث هذه الدراسة في تقييم الخدمات النفسية التي يقدمها هذا المركز وما مدى تلبيته لحاجات هذه

الفئة، وقد تساهم كذلك في إثراء البحث العلمي والتحفيز لدراسة هذه الفئة الخاصّة من كلّ جوانبها، وذلك لمعرفة مشاكلها النفسية وتلبية حاجاتها.

3) أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرّف على مجموعة من العناصر:

. التعرّف على مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين(جسميا، سمعيا، إعاقة ذهنية بسيطة) المتربصين في التكوين المهني للمعاقين بمدينة الأغواط .

. التعرّف عن الاختلاف بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لنوع الإعاقة (الجسمية، السمعية، الذهنية البسيطة).

. التعرّف عن الاختلاف بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لنوع التخصّص المهني (النقش على الخشب، صناعة الحلويات، صناعة السلال).

. التعرّف عن الفروق بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لمتغير الجنس.

4) حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: تمّت هذه الدراسة في شهر أفريل للسنة الجامعية 2014 / 2015

الحدود المكانية: تمّت هذه الدراسة بمركز التكوين المهني للمعاقين بمدينة الأغواط .

الحدود البشرية: أجريت هذه الدراسة على كلّ المعاقين المتربصين بمركز التكوين المهني للمعاقين حيث بلغ عددهم (32) معاق متربص الذي مضى لدخولهم المركز سنة دراسية.

الحدود الأداتية: طبق الباحثان مقياس التوافق النفسي لمصطفى ساهي (2010).

5) الدراسات السابقة: لم يجد الباحثان دراسة متطابقة مع الدراسة الحالية في تناولها للعيّنة حيث أنّ عيّنة الدراسات السابقة تناولت الاعاقات فرادى أو اعاقات ثنائية وسنعرضها حسب التسلسل الزمني.

- دراسة عبد الغفار(1995) بعنوان التوافق النفسي والاجتماعي لدى المصابين بشلل الأطفال، وهدفت الدراسة لمعرفة مدى تأثر التوافق النفسي والاجتماعي بالإعاقة الحركية ودرجة تميزهم عن غيرهم من العاديين، ومدى التباين في توافقهم النفسي والشخصي، واشتملت العيّنة على (180) من كلا الجنسين،(90) طفل معاق و(90) طفل من العاديين واستعمل الباحث مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للباحث عطية مهنا (1995) وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة احصائيا في التوافق النفسي والاجتماعي بين افراد العيّنة لصالح العاديين. (أبوسكران،2009، ص103)

-دراسة النجار(1997) وموضوعها تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى معاقي الانتفاضة جسميا بقطاع غزة، وهدفت الدراسة لمعرفة أثر الإعاقة الجسمية على تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي بين معاقي الانتفاضة وأقرانهم من إعاقات أخرى من جهة وبين المعاقين جسميا وغير المعاقين من جهة اخرى، وتألفت عيّنة الدراسة من (14) معاق جسميا (معاقي الانتفاضة) من الذكور و(35) من المعاقين بإعاقات اخرى (نتيجة الحوادث) من الذكور و(80) فردا من غير المعاقين، واستخدم الباحث اختبار التوافق النفسي والاجتماعي للباحث علي الديب (1988)، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا في التوافق بين المعاقين لصالح معاقي الانتفاضة، كما افصحت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا في التوافق بين المعاقين والعاديين لصالح العاديين.(المرجع السابق،2009،ص104)

-دراسة koubekova (2000):وموضوعها مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا، وهدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا من كلا الجنسين، حيث تكونت العيّنة عل (115) معاق ومعاقة حركيا ممن تتراوح أعمارهم بين (12- 15) وذللك في المدارس العامّة والخاصّة، وأسفرت النتائج على تدني مستوى التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا، ووجود فروق دالة احصائيا في التوافق بين الجنسين لصالح الذكور.)المرجع السابق،2009،ص107)

1-5-4) دراسة مصطفى الساهي (2010) موضوعها مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا حيث هدفت هذه الدراسة لبناء مقياس التوافق النفسي والاجتماعي لدى المعاقين حركيا وقياس التوافق لديهم والكشف عن الفروق بين المعاقين حركيا والعاديين وتألفت عيّنة البحث من (25) معاق ومعاقة حركيا من أصل (72) معاق حركيا المسجلين بمعهد السعادة للتقديم الخدمات لهذه الفئة الخاصّة، وأسفرت النتائج على أنّ مستوى التوافق جيد لهذه العيّنة وأن هناك فروقا طفيفة في التوافق النفسي والاجتماعي بين المعاقين حركيا والعادي.ahewar.org/debat/show.art.asp /aid=2962 www

- دراسة محمد منى محمد علي (2010) وعنوانها التوافق النفسي والاجتماعي للمعاقين حركيا وعلاقتها ببعض المتغيرات في مدينة الخرطوم، وهدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لهذه الفئة حيث بلغت عيّنة الدراسة (100) معاق (25) ذكور و(85) إناث المسجلين بمؤسّسات التربية الخاصّة، واستخدمت الباحثة مقياس التوافق النفسي "لهيوم م بل " وأسفرت النتائج أنّ مستوى التوافق النفسي والاجتماعي مرتفع وأنه لا توجد فروق في التوافق بين الجنسين sustesh.edu/handle/123456789/1494.http//repositorys

-الطراونة وحسونة (2013): موضوع هذه الدراسة التكيف النفسي لدى المعاقين حركيا وبصريا في القصيم بالسعودية وشملت عيّنة البحث (208) معاق حركيا وبصريا المسجلين في المؤسّسات التي تقدم خدمات للمعاق واستخدم الباحثان مقياس "وافي" للتكيف النفسي (2006) وأظهرت النتائج أنّ المعاقين حركيا أكثر توافقا من المعاقين بصريا والذكور المعافين حركيا وبصريا أكثر من الإناث توافقا.(طراونة وحسونة،2013،ص980)

6) تعليق على الدراسات السابقة

مقارنة بالدراسة الحالية والدراسات السابقة نجد أنّ كلّ الدراسات السابقة تناولت المعاقين حركيا إلاّ دراسة "طراونة وحسونة " كانت عيّنة البحث لديهم المعاقين حركيا وبصريا وكلّ هذه الدراسات تناولت جزء من عيّنة الدراسة الحالية التي كانت عيّنتها المعاقين حركيا وسمعيا والإعاقة الذهنية البسيطة، أمّا اداة البحث كانت كلّها مختلفة من حيث معد المقياس لكنها كلّها تقيس مستوى التوافق النفسي والاجتماعي، كما اتفقت كلّ الدراسات السابقة بدون استثناء مع الدراسة الحالية أنّ عيّنة البحث كلّها مأخوذة من المؤسّسات التي تقدم خدمات للمعاقين، واتفقت من حيث الاهداف وهو قياس مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى عيّنات الدراسة.

7) فرضيات الدراسة: من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة والدراسات الاستطلاعية أمكن للباحثين صياغة الفروض التالية:

. نتوقع أن يكون مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين المتربصين بمركز التكوين المهني للمعاقين فوق المتوسط.

. يوجد اختلاف بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لمتغير نوع الإعاقة.

. يوجد اختلاف بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لنوع التخصّص المهني.

يوجد فروق بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لمتغير الجنس.

2.الإطار النظري

1-2) التوافق النفسي:

أ) التعريف اللغوي للتوافق: إنَّ التوافق مأخوذ عن اتفق الشيء أي لائمه، وقد وافقه موافقة واتفق معه (ابن منظور، ب ت، ص99)

وجاء في المعجم الوسيط أنّ التوافق هو أن يسلك المرء مسلك الجماعة ويتجنب الشذوذ في الخلق والسلوك. www.almaany.com /ar /dikt/ar..ar

ب) التعريف الاصطلاحي للتوافق: يعرف شوبين التوافق أنه السلوك المتكامل أي ذلك السلوك الذي يحقق للفرد أقصى حد من الاستقلال للإمكانيات الرمزية والاجتماعية التي ينفرد بها.(سهير كامل، 1999،ص40). ويعرفه كود بأنّه العملية التي يحاول من خلالها الفرد الحفاظ على أمنه وراحته ومركزه وميوله الإبداعية في مواجهة الظروف الدائمة التغير، وفي مواجهة ضغوط البيئة الاجتماعية (.good 1973.p13)

كما أنّ مصطلح التوافق يعني العملية التي عن طريقها يدخل الفرد في علاقة جديدة إيجابية ومتوازنة مع البيئة (دنكن، 1980، ص18)

ويذكر المغربي أنّ التوافق النفسي ليس مرادفا للصحّة النفسية فحسب بل يرجعه الأكثر أنه الصحّة النفسية بعينها.(محمد النوبي، 2010، ص24).

2-1-1)نظريات **التوافق النفسي:**

أ- نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis Theory ::

يعد العالم سيجموند فرويد (S.Freud)من المؤسّسين الاوائل لنظرية التحليل النفسي، أنّ وجهة نظر المدرسة التحليلية في التوافق تعتمد على الأنا فهي تجعل الفرد متوافقاً او غير متوافق، كما تؤكّد مدرسة التحليل النفسي أنّ الشخصية سوية التوافق هي القادرة على الحب والعمل وعقد علاقات مناسبة مع الاخرين ومع الذات. أمّا الشخصية التي تعاني من سوء التوافق فهي التي تفشل في تحقيق التوافق بين(الهو والانا العليا) والعالم الخارجي (طه،1980،ص36).

ب-النظريات النفسية الاجتماعية Psycho-social Theory ::

أريك اركسون:E.Erikson : اختلف اريكسون عن فرويد في نظريته حيث اهتمّ بكلّ حياة الانسان، ولم تقتصر على مرحلة واحدة، فضلا عن اعتقاده بالدور الإيجابي للذات (الأنا) ودورها المركزي الوسيط بين الهووالذات العليا (الأنا الأعلى)، ويرى أنّ الذات الصحية السليمة المتوافقة نفسيا تكون في تماس مع الرغبات الاساسية وكذلك القيم الاجتماعية المتمثّلة في الذات العليا.(مكطوف،2006،ص210)، كما تركز نظرية اريكسون على بعض السمات المميزة للصحّة النفسية او التوافق منها: أن يأخذ الفرد دوره ومكانة في المجتمع. وان يتحرر من الصراع وان يسخر قدراته ومواهبه ويتقن عمله ببراعة وتميز. وأن يمتلك نظرة فلسفية واضحة لمفهومه عن الحياة.(Erikson.1959.P.110)

ج- النظرية السلوكية: Behavioral Theories :

أشهر من يمثّل النظريات السلوكية سكنر (B.F.Skinner) فهو يرى أنّ السبب الاساسي في نشوء السلوك المتوافق والسلوك غير المتوافق هوان الانماط السلوكية لم تحصّل على الدعم والتعزيز من ناحية ومن ناحية اخرى يجب أن يكافأ الفرد على السلوك الجيد بحسب قواعد التعزيز(الربيعي،1994،ص4).

د- النظرية الانسانية:Humaniste Theory :. كارل روجرز:K.Rogers :

من مفاهيم المهمة في هذه النظرية مفهوم الذات، أي وعي الفرد بوجوده وبوظائفه، وتتشكل بنية الذات من خلال التفاعل مع البيئة، وبالتحديد من خلال تقييم الاخرين للفرد، والذات هي نمط منظم ومتسق، قابل للتغيير، ومستقر في نفس الوقت، يتكون من خصائص ال "أنا" كضمير للمتكلم، وعلاقتها والقيم المرتبطة، ويمر الفرد بالعديد من الخبرات في حياته، وهناك ثلاث احتمالات تفرض نفسها بعد كلّ خبرة:

- يمكن ترميز الخبرة او تنظيمها في علاقة مع الذات.
- يمكن تجاهلها لعدم إدراك علاقتها بالذات.
- يمكن إنكارها رمزيا أو تحريفها، لأنها لا تنسجم مع الذات.(تيموثي، 2007، ص583)

2-1-2) اسباب سوء التوافق النفسي:

قد يفشل الانسان في تفاعله الدائم مع بيئته في تحقيق التوافق النفسي وللفشل في تحقيق التوافق النفسي أسباب عديدة منها:

. الشذوذ الجسمي والنفسي: ونعني به أن يكون الانسان ذا خاصّية جسمية أو عقلية عالية جدا أو منخفضة جدا، في مثل هذه الحالات يحتاج إلى اهتمام ورعاية خاصّة ممّا يؤثّر على استجاباته للمواقف المختلفة.

. عدم إشباع الحاجات الجسمية والنفسية: يؤدي عدم اشباع الحاجات الجسمية والنفسي على اختلال توازن الكائن الحي ممّا يدفع به إلى محاولة استعادة توازنه ثانية، فإذا حقق توازنا أفضل....أمّا إذا فشل فيظل التفكك والتوتر باقين، ولذلك يصوغ الكائن حلولا غير موفقة لا تخفض من التوتر المؤلم إلاّ بزيادة التفكك نتيجة الاستعانة بعمليات تفكيكية كالحيل الدفاعية.(بطرس حافظ بطرس،2008، ص116)

. الصراع بين أدوار الذات: المعلوم أنّ كلّ ذات تؤدي دورا معيّنا يتوقعه منها المجتمع وتتعلمه أثناء تنشئتها الاجتماعية، أنّ التنشئة أحيانا قد تعلم الفرد دورا غير دوره الأساسي كمعاملة الولد على انه بنت أو كدور المرأة العاملة كأم وموظفة.

القلق: هو نوع من الخوف الغامض المبهم لا يعرف له سبب ويعتبر العامل الأساسي في جميع حالات المرض النفسي.(المرجع السابق، 2008،ص117)

2-2) الإعاقة

1-2-2) تعريف الإعاقة الحركية

. تعريف الإعاقة لغويا: عاقه عن الشيء عوقا أي منعه وشغله عنه فهو عائق والجمع عوق، عوقه عن كذا أي عاقه تعوق امتنع وثبط.www.broonzyal.net/vb/l152143htma12/07/2010am.12.17

. تعريف المعوق اصطلاحا:يعرف جولدنسون (Goldenson) المعاق بأنّه الشخص غير القادر على المشاركة بحرية في الانشطة التي تعد عادية لمن هم في مثل سنه وجنسه، وذلك بسبب شذوذ عقلي أوحسي أو حركي.(Goldenson.1984.p33)

. تعريف الإعاقة الحركية: هي حالات الافراد الذين يعانون من خلل في قدرتهم الحركية أونشاطهم الحركي بحيث يؤثّر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي والاجتماعي والانفعالي ويستدعي الحاجة إلى التربية الخاصّة.(حابس الهواملة،2003،ص26)

. تعريف المعوق حركيا:هو الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه الحركية بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان القدرة الحركية أو الحسية أوكليهما معا في الأطراف السفلى أو العليا، أو إلى الاختلال في التوازن الحركي أو بتر في الاطراف، ويحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية ونفسية واجتماعية وتربوية ومهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية والعيش بأكبر قدر من الاستقلالية.(المرجع السابق، 2003، ص 27)

2-2-2) تعريف الإعاقة السمعية

. تعريف الإعاقة السمعية لغة:هي فقدان حاسة السمع ويقال الاصم لمن لا يسمع ولا يهتدي بما يسمع. (المعجم الوسيط،2004)

. تعريف الإعاقة السمعية اصطلاحا: تعرّف ماجدة العبيد (1992) أنّ الإعاقة السمعية تعني حرمان الطفل من حاسة السمع إلى حد يعوقه عن ممارسة الكلام المنطوق بناء على عدم قدرته على السماع الجيد بدون استخدام المعينات السمعية وينطوي تحت الإعاقة السمعية الصم وضعاف السمع.(نبيه إسماعيل، 2006،ص26)

.الآثار النفسية المترتبة عن الإعاقة السمعية:

يعاني المعاق سمعيا من العديد من المشكلات التكيفية، بسبب صعوبة التعبير عن نفسه، وأيضا صعوبة فهمه للأخرين، فهم يعانون من مشكلات توافقية، وبصورة أكبر مع الأطفال العاديين، إذ يملون إلى التمركز حول الذات، والتهور والاندفاعية، ويميلون إلى الحد من مستويات طموحهم رغبة في تفادي الإخفاق والفشل. (شاهين رسلان2009، ص203)

3-2-2) تعريف الإعاقة العقلية: يرى هيربر(Herber) أنّ المتخلف عقليا هومن يتصف مستوى وظيفي عقلي دون المتوسط، وتنعكس آثاره أثناء نمو الفرد، وتتمثّل في عجزه أو قصوره عن النضج أو التعلم أو التكيف الاجتماعي أوفي جميع هذه النواحي.(نبيه إسماعيل،2006،ص 62)

تصنيف فئات المعاقين عقليا: تصنف منظمة الصحّة العالمية واليونسكو المعاقين عقليا إلى أربع فئات هي:

ضعف عقلي شديد: ويطلق عليه مصطلح معتوه (Ediot) وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (صفر إلى 19).

ضعف عقلي متوسط: ويطلق عليه مصطلح أبله (Imbecile) تتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (20 إلى 49).

ضعف عقلي بسيط: وقد اطلق عليه مصطلح مأفون (Feelille mined) وتتراوح نسبة ذكاء هذه الفئة من (50 إلى 69).

غباء عادي: واطلق عليه مصطلح (Dullor Baskward) وتتراوح نسبة ذكاءه ما بين (70 إلى 85).(المرجع السابق،2006، ص68)

.الأثار النفسية للمعاق ذهنيا:

تتميز هذه الفئة بقدرتها المحدودة على التكيف والمواءمة وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية، وفي تفاعله مع الآخرين، في حين يرى بعض الباحثين أنّ المعاقين ذهنيا (التأخر الذهني البسيط) يمكنهم النجاح نسبيا في توافقهم الاجتماعي والمهني عندما يتمّ تدريبهم وتوجيههم وتشغيلهم في الاماكن المناسبة، وقد اثبت ميدانيا أنّ نسبة كبيرة من المعاقين إذا تلقوا تدريبا في فصول خاصّة يمكنهم في هذه الحالة القيام بأعمال أكثر صعوبة.(شاهين رسلان، 2009،ص ص 84.85)

3-2) التكوين المهني:

التأهيل المهني ميدان اجتماعي له أهمّية كبيرة، إذ هو يعنى بالفرد العاجز ويقوم على توجيهه وتمكّنه من العمل، بدلا من إذلاله وإخضاعه للمساعدات التي قد لا تقيم له حياة.

. تعريف التأهيل:

عملية ديناميكية لاستخدام الخدمات الطبية والاجتماعية والتعليمية تقدم تلك الخدمات لمساعدة الفئات الخاصّة (المعاقون)على تحقيق أقصى مستوى من التوافق مع أنفسهم والتكيف والاندماج في مجتمعاتهم. (هلال أسماء،2009،ص114)

- هناك عملية اخرى هي إعادة التأهيل النفسي Psyhological rehabilitation ويقصد بها تنمية هوية فعالة واستعدادتها عند العميل العاجز بالطرق النفسية: كالإرشاد النفسي، والعلاج الفردي والاجتماعي وتقديم، والمعالجات الطبية، الهدف مساعدة العميل على تحسين صورة ذاته والتغلب على مشكلاته الانفعالية وان يصبح شخصا مستقلا واكثر كفاءة.

- 3) الجانب الميداني

1-3) منهج الدراسة تختلف المناهج وطرق البحث باختلاف المواضيع، هذا لأن طبيعة الموضوع تفرض على الباحث منهجا معيّنا، وعلى هذا الأساس اتبع الباحثان المنهج الوصفي.

يقوم المنهج الوصفي على تفسير الوضع القائم للظاهرة أو المشكلة من خلال تحديد ظروفها وأبعادها، وتوظيف العلاقات بينهما، ويهدف المنهج الوصفي إلى وصف عمل دقيق ومتكامل للظاهرة أو المشكلة والحقائق المرتبطة بها، ولا يقتصر المنهج الوصفي على عملية وصف الظاهرة وإنما يشمل تحليل البيانات وقياسها وتفسيرها.(أحمد عبدالله اللحلح، مصطفى محمد ابوبكر، 2002، ص ص 51. 52)

2-3) أدوات الدراسة

استخدم الباحثان مقياس التوافق النفسي لمصطفى ساهي عدد بنود المقياس (38) بندا ووضع صاحب المقياس ثلاث بدائل (نعم، أحيانا، لا) أمّا درجات هذه البدائل هي(1،2،3) على التوالي، وأعلى درجة يتحصّل عليها المبحوث هي (114) وأقل درجة (38) أمّا المتوسط الفرضي للدرجة الكلّية التي يحصل عليها المبحوث هي (72)، لقد تأكد صاحب المقياس من الخصائص السيكومترية، حيث تمّ التحقق من صدقه من خلال الصدق الظاهري، حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين (80%)، أمّا ثبات المقياس فكان عن طريقة الاختبار وإعادة الاختبار، وطريقة التجزئة النصفية، وطريقة الفا كرونباخ حيث بلغ معامل الارتباط (0.79) وبلغ تصحيحه بمعادلة سيبرمان براون (0.88) وهو دال عند مستوى (0.05).

الخصائص السيكومترية لمقياس التوافق النفسي في الدراسة الحالية

تمّ تطبيق المقياس على عيّنة قوامها (30) معاقا لهم نفس خصائص العيّنة الاساسية للدراسة واختار الباحثان الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية) حيث بلغت (ت) المحسوبة (13.59) عند مستوى دلالة (0.001) وهي دالة إحصائيا. كما تمّ استخدام صدق الاتساق الداخلي وذلك من خلال حساب مدى ارتباط درجة كلّ بند بالدرجة الكلّية للمقياس، وبلغت معاملات الارتباط ما بين (0.35 و0.72) عند مستوى دلالة أقل من (0.05) وهي دالة إحصائيا، ومن خلال هذه النتائج نستنج أنّ المقياس يتمتّع بصدق عال.

أمّا حساب الثبات فكانت بطريقة التجزئة النصفية (فردي، زوجي) أي بتطبيق المقياس مرة واحدة، حيث قدّر معامل الارتباط بيرسون (0.79) وتمّ تصحيحه بطريقة قوتمان حيث بلغ معامل الارتباط (0.82) وهو دال إحصائيا عند مستوى دلالة (0.001)

كما تمّ استخدام الثبات بطريقة الفا كرونباخ، وقد بلغ معامل الثبات (0.78)، ومنه نستنتج أنّ المقياس يتمتّع بثبات عال.

3-3) عيّنة الدراسة

اراد الباحثان من خلال هذه الدراسة التعرّف على مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين (حركيا، سمعيا، وتأخر ذهني بسيط) المتربصين بالتكوين المهني لمدينة الأغواط

وقد شملت الدراسة كلّ المعاقين المسجلين الذي بلغ عددهم (38) معاق، ولكن الباحثة خلال التطبيق

الجدول رقم (1) خصائص مجتمع الدراسة حسب نوع الإعاقة

نوع الإعاقة / العيّنة	إعاقة ذهنية	إعاقة حركية	إعاقة سمعية
32	17	9	6

لم تجد سوى (32) معاق وكان التطبيق على هذا العدد والجداول التالية تبين خصائص مجتمع الدراسة من حيث نوع الإعاقة، والتخصّص المهني وكذا الجنس.

الجدول رقم (2) خصائص مجتمع الدراسة حسب التخصّص المهني

نوع التخصّص / العيّنة	صناعة السلل	صناعة الحلويات	النحت على الخشب
32	8	11	13

الجدول رقم (3) خصائص مجتمع الدراسة

حسب الجنس

العيّنة	الاناث	الذكور
32	10	22

4-3) عرض نتائج الدراسة

. عرض نتائج الفرضية الاولى

نصّ الفرضية: نتوقع أن يكون مستوى التوفق النفسي لدى المعاقين (حركيا، سمعيا، تأخر ذهني بسيط)المتربصين في مركز التكوين المهني فوق متوسط.

قد بلغ متوسط الحسابي لمجتمع الدراسة (86.34) وهو أكبر من المتوسط الفرضي الذي حدد ب(72) بفارق (14.34)، وأقل من الدرجة المرتفعة التي حددت ب (114) بفارق (27.66) وبالتالي، نجد أنّ المتوسط الحسابي أقرب منه للمتوسط الفرضي مقارنة بالدرجة المرتفعة، وعليه فإن مستوى التوافق النفسي فوق المتوسط

وهكذا نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل وعليه تحققت الفرضية الاولى.

عرض نتائج الفرضية الثانية

نصّ الفرضية:يوجد تباين في التوافق النفسي لدى المعاقين يعزى لمتغير التخصّص المهني

الجدول رقم (4) يبين الاحصاءات الوصفية للتوافق النفسي حسب التخصّص المهني.

المتغيّر المقاس	مجموعات المقارنة	ن	م	ع
التوافق النفسي	صناعة الحلويات	11	87.45	15.66
	صناعة السلل	8	91.5	12.49
	نحت على الخشب	13	82.23	12.26

	المجموع	32	86.34	13.67

الجدول رقم (5) يبين نتائج تحليل التباين الاحادي في التوافق النفسي بين التخصّصات المهنية.

المتغيّر المقاس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
التوافق النفسي	داخل المجموعات	446.184	2	223.092	1.209	0.313
	خارج المجموعات	5351.035	29	184.518		
	المجموع	5797.219	31			

من خلال الجدول رقم (5) نلاحظ أنّ "ف" غير دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.313)، وعليه نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري بأنّه لا يوجد تباين بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لمتغيّر التخصّص المهني وهكذا لم تتحقق الفرضية الثانية.

. عرض نتائج الفرضية الثالثة

نصّ الفرضية: يوجد تباين في التوافق النفسي لدى المعاقين يعزى لنوع الإعاقة

الجدول رقم (6) يبين الاحصاءات الوصفية للتوافق النفسي حسب نوع الإعاقة.

المتغيّر المقاس	مجموعات المقارنة	ن	م	ع
التوافق النفسي	**الإعاقة السمعية**	**6**	**94.166**	**15.06**
	الإعاقة الذهنية	**17**	**79.529**	**10.89**
	الإعاقة الحركية	**9**	**94**	**11.61**
المجموع		**32**	**96.34**	**13.67**

الجدول رقم (7) يبين نتائج تحليل التباين الاحادي في التوافق النفسي بين نوع الإعاقة.

المتغيّر المقاس	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
التوافق النفسي	داخل المجموعة	1684.15	2	842.075	5.937	0.007
	خارج المجموعات	4113.069	29	141.83		
	المجموع	5797.219	31			

يبين الجدول رقم (7)أن "ف" دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.007) وعليه نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري وهذا يدل على أنّ الفرضية الثالثة تحققت.

.عرض نتائج الفرضية الرابعة

نصّ الفرضية:توجد فروق في التوافق النفسي لدى المعاقين تعزى لمتغيّر الجنس

الجدول رقم (8)يبين نتائج اختبار (ت)للمقارنة بين المعاقين حسب الجنس.

المتغيّر المقاس	مجموعات المقارنة	ن	م	ع	درجة الحرية	ت	مستوى الدلالة
التوافق	الذكور	22	83.3636	12.95	30	2.527	0.02
	الاناث	10	96	13.18			

نلاحظ من نتائج الجدول رقم (8) أنّ هناك فروقا دالة إحصائيا بين الذكور والاناث في التوافق النفسي لصالح الإناث حيث أنّ قيمة (ت) دالة احصائية عند مستوى دلالة (0.02) ودرجة حرية (30) وعليه نقبل الفرض البديل ونرفض الفرض الصفري ومنه نستنتج أنّ الفرضية الرابعة تحققت.

5-3)مناقشة وتفسير النتائج

بناء على نتائج الدراسة الحالية واعتمادا على الإطار النظري والدراسات السابقة المتاحة سنحاول تقديم تفسيرا لنتائج الفرضيات.

. تنصّ الفرضية الاولى أنّ مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين (حركيا، سمعيا، تأخر ذهني بسيط) المتربصين بمركز التكوين المهني سيكون فوق المتوسط، من خلال نتائج المتوسط الحسابي ومقارنته بالمتوسط الفرضي وانه يقترب منه أكثر من الدرجة العليا للمقياس ومنه فإن مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين فوق المتوسط، بالرجوع إلى الإطار النظري والدراسات السابقة أنّ التوافق النفسي للمعاقين متدني وهذه ما دلت عليه كلّ النظريات بدون استثناء قبل تلقي اي تكفّل

تأهيلي أو نفسي، وقد أثبتت كلّ الدراسات منها دراسة مصطفى ساهي أنّ مستوى التوافق النفسي لدى المعاقين الملتحقين بمدارس تأهيلية يقترب من مستوى التوافق النفسي للعاديين وعليه نستنتج أنّ المدارس أو المراكز التأهيلية المخصصة لهذه الفئة تزيد من التوافق النفسي لديهم فهي لا تقدم مهنا فحسب وإنما تعلمهم لهذه المهن تؤثّر في الصحّة نفسية لدى هذه الفئة الخاصّة وتشعرهم أنّ لديهم قيمة في المجتمع وأنهم مثل العاديين لهم نفس الحقوق وعليهم نفس الواجبات، وتمكّنهم هذه المهن الاستقلالية ماديا ومعنويا، ولكن نجد هذه الفئة مازالت في حاجة إلى دعم نفسي لأن النتائج المتوصل إليها لا تدل على أنّ المعاقين يتمتّعون بتوافق نفسي كبير، فتعلم المهن وحده لا يكفي للوصول إلى مستوى توافق نفسي كبير وإن كان يحقق جزءا لا بأس به، فالرعاية النفسية من أهداف التأهيل المهني ولعله الهدف الاسمى لدمج هذه الفئة في المجتمع هو الوصول إلى مستوى عال من الصحّة النفسية.

- تنصّ الفرضية الثانية أنه يوجد تباين بين المعاقين في التوافق النفسي يعزى لمتغيّر التخصّص المهني، من خلال النتائج المتحصّل عليها نجد أنّ هذه الفرضية لم تتحقق وقد يرجع هذا إلى أنّ التخصّص المهني يتمّ اختياره من خلال المعاقين أنفسهم، كما أنّ التخصّص المهني يتمّ عرضه من خلال المسؤولين تبعا للإعاقة وهذا ما يزيد من تلاءم التخصّص مع المعاقين وبالتالي لا يوجد تباين في التوافق النفسي بين المعاقين، وكذلك قد يرجع هذا إلى أنّ المعاق عندما يجد مهنة يمكن من خلالها تأكيد ذاته وشعوره بأنّ له دور في البيئة التي ينتمي إليه هذا ما يجعل كلّ المعاقين لا يختلفون في التوافق النفسي، المهم أنهم وجدوا ما يثبتون به ذواتهم و، وهذا ما دلت عليه كلّ النظريات أنّ وجود عمل أو مهنة يمكن للمعاق أن يحقق بها ذاته، فهذا قد يساعد على توافقهم النفسي وتقبلهم لأنفسهم بغض النظر على نوع المهنة المهم أنها تتوافق مع نوع الإعاقة.

- تنصّ الفرضية الثالثة أنه يوجد تباين في التوافق النفسي بين المعاقين يعزى لمتغيّر نوع الإعاقة، قد دلت النتائج على تحقق هذه الفرضية أي أنّ المعاقين لا يتساوون في التوافق النفسي، نجد أنّ المعاقين سمعيا هم أكثر توافقا ثم يليهم المعاقين حركيا وأخيرا المعاقين ذهنيا (تأخر ذهني بسيط) وذلك من خلال المتوسطات الحسابية لكلّ فئة، بالرجوع إلى الإطار النظري نجد كلّ المعاقين يعانون من سوء توافق نفسي قبل التأهيل، ولكن في هذه الدراسة وجدنا أنّ المعاقين سمعيا أكثر توافقا وقد يرجع هذا، أنّ دمج الاعاقات المختلفة مع بعضها البعض أثر في بعض المعاقين، حيث قد يقارن المعاق سمعيا نفسه بالإعاقات الأخرى، وقد يرى أنّ الإعاقة السمعية لا تؤثّر على الصورة الجسدية، وهذا ما أشارت له كلّ النظريات على أنّ الصورة الجسدية للمعاق تؤثّر في نفسيته وتقبله لذاته، ومنه فإن المعاق سمعيا يرى نفسه أوفر حظا من المعاقين الاخرين، وبالتالي يكون أكثر توافقا من المعاق حركيا وعقليا، ونجد أنّ التوافق النفسي للمعاق حركيا يقترب من المعاق عقليا

(تأخر ذهني بسيط) ولا يوجد تباين كبير بينهما، ولعل هذا يدل على أنّ المعاق حركيا يتأثر بالصورة الجسدية ممّا يجعله أقل توافقا من المعاق سمعيا، أمّا التأخر الذهني البسيط فيظهر توافقهم أقلهم جميعا، وهذا يتفق مع الإطار النظري حيث أنّ المعاق عقليا يشعر بالاختلاف بينه وبين الآخرين، ممّا يلجأ إلى التعامل ممّا أقلهم سنا وهذا لا يتوفر له في المركز حيث الملتحقين بالمركز يتقاربون في السن، ومنه جاء توافقهم النفسي أقل من المعاقين الآخرين وجاءت النتائج متوافقة مع الإطار النظري والدراسات السابقة.

تنصّ الفرضية الرابعة على أنه توجد فروق في التوافق النفسي بين المعاقين تعزى لمتغيّر الجنس، وقد جاءت نتائج هذه الدراسة موافقة لهذا الفرض، وكانت الإناث أكثر توافقا من الذكور، وجاءت نتائج هذه الدراسة مخالفة للكثير من الدراسات السابقة وكذلك الإطار النظري، وقد يرجع هذا أنّ أكثر الإناث هن من ذوي الإعاقة السمعية حيث بلغ عدد المعاقين سمعيا(6) وتساوت الإعاقة الحركية والإعاقة الذهنية حيث بلغ (2)أنثى في كلّ إعاقة، وقد أوضحت نتائج الفرضية الثالثة أنّ المعاقين سمعيا أكثر توافقا من المعاقين الآخرين، وبالتالي أثرت في نتائج هذه الفرضية أي أنّ العدد أثر في نوع الإعاقة وبالتالي في مستوى التوافق النفسي للمعاق ومنه كانت هناك فروق بين الذكور والإناث لصالح الإناث.

الخاتمة

وأخيرا نجد أنّ كلّ فرضيات الدراسة تحققت إلاّ الفرضية الثانية، وأن مستوى التوافق النفسي للمعاقين (حركيا، سمعيا، ذهنيا)المتربصين بالتكوين المهني للمعاقين بمدينة الأغواط لا بأس به، كما أنّه يوجد تباين بين المعاقين في التوافق النسي تبعا لنوع الإعاقة لصالح المعاقين سمعيا، ثم المعاقين حركيا وأخيرا المعاقين ذهنيا، ويوجد فروق بين الجنسين في التوافق النفسي لصالح الإناث، وعليه نستنتج أنّ مركز التكوين المهني قد حقق نوعا ما جزءا من أهدافه وهو الوصول إلى مستوى معيّن من الصحّة النفسية للمعاق وذلك من خلال توفير مهنة تحقق له الاستقلال الذاتي والمساهمة في المجتمع التي ينتمي له المعاق، بحيث يصبح لديه مكانة في المجتمع يحقق من خلالها ذاته، وهذا لا يغني أن يوفر مركز التكوين المهني الدعم النفسي الذي هو الهدف الأسمى لهذا المركز.

- المقترحات

من خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة نقترح مجموعة من الاقتراحات التي نجدها قد تساهم في الوصول بالمعاق مهما كانت إعاقته إلى مستوى من التوافق النفسي الذي يساهم في دمجه في المجتمع وتقبل إعاقته، وهذه الاقتراحات هي:

. تكليف المختصين النفسانيين بالدعم النفسي لهذه الفئة الخاصّة سواء في المراكز التأهيلية أو المدارس الخاصّة.

. زيادة الدراسات في الإعاقة بمختلف أنواعها وعلاقتها بمتغيّرات أخرى.

. تقييم الخدمات التي تقدمها المراكز أو المراكز التأهيلية لمعرفة اوجه القصور فيها.

. المراقبة المستمرة للمراكز والمدارس التأهيلية للمعاقين لمعرفة مدى تطبيق البرامج ومدى فاعليتها.

قائمة المراجع

القواميس

- ابن منظور الانصاري (1983)، لسان العرب، دار النوادر.

- المعجم الوسيط (2004)، مجمع اللغة العربية، مكتبة الشروق الدولية ط4.

المراجع العربية

- الربيعي علي جابر (1994)، شخصية الانسان – تكونها وطبيعتها واضطراباتها – دار الشؤون الثقافية العامّة، بغداد.

- بطرس حافظ بطرس (2008) التكيف والصحّة النفسية للطفل، دار المسيرة، عمان الاردن.

- تيموثي ترول (2007)،علم النفس الاكلينيكي، ترجمة فوزي شاكر طعيمة وحنان لطفي زين الدين، دار الشروق للنشر والتوزيع، الاردن ط1

- حابس الهواملة (2003)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (الإعاقة الحركية)، ط1 الاهلية للنشر والتوزيع، عمان الاردن.

- دنكل ميشيل (1980)، معجم علم الاجتماع: ترجمة إحسان محمد الحسن، دار الرشيد بغداد.

- سهير كامل أحمد (1999) الصحّة النفسية او التوافق. مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة

- شاهين رسلان (2009)، سيكولوجية الاعاقات العقلية والحسيبة مكتبة الانجلو المصرية ط 1

- طه فرج عبد القادر (1980)، سيكولوجية شخصية المعوق –دراسة نظرية في الواقع المهني والصحّة النفسية – مجموعة علم النفس الانساني، مكتبة الخانجي القاهرة.

- محمد النوبي محمد علي (2010)، مقياس التوافق النفسي (الشخصي، الدراسي والاجتماعي) لذوى الإعاقة السمعية والعاديين، دار صفاء للنشر والتوزيع ط1، عمان الاردن.

- محمد عباس يوسف (2003)، دراسات في الإعاقة وذوي الاحتياجات الخاصّة، دار غريب للطباعة، القاهرة.

- نبيه إبراهيم إسماعيل (2006)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصّة، مكتبة الانجلوالمصرية

- هلال أسماء سراج الدين (2009)، تأهيل المعافين. دار المسيرة ط 1 عمان الاردن.

المجلات العلمية

- الطراونة نايف سالم وحسونة نائلة عبد الرزاق (2013)، التكيف النفسي لدى المعاقين حركيا وبصريا في منطقة القصيم السعودية، مجلة دراسات –علوم التربية-مجلد(40) عدد (1) ص ص 980-999.

- مكطوف سميحة ياسر وابتسام محمد سعيد (2006)، تحقيق الهوية وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى طالبات المرحلة الاعدادية، مجلة التربية والعلم المجلد 14 العدد (1) سنة (2007)ص210.

- نبيه إبراهيم إسماعيل (2006)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصّة، مكتبة الانجلو المصرية

الرسائل الاكاديمية

- أبو سكران عبد الله يوسف (2009)، التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط (الخارجي – الداخلي) للمعاقين حركيا في قطاع غزة، رسالة ماجستير (منشورة) في علم النفس - تخصّص صحّة نفسية.

المراجع الأجنبية

- Erikson B.(1959):Identify and thelif Cycle. Inkein G.S(ed) Psychological Issnes International Universities Prees.New York.

- Goldenser. RM.(1984). dictionary of psychology and psychiatry. wew york. London inc.

- Good.C.V.(1973) ; dictionary of education 3 thed.Mc growl –hill.new york.

مواقع الانترنت

بيداء (www.stamplive.com/apu.php?m=etzoneid=8191&cb=12313890572xdirect=1

كيلان محمود. التوافق النفس، جامعة بغداد)

www.broonzyal.net/vb/l152143htmail12/07/2010.am.12.17

www.)296299= ahewar.org/debat/show.art.asp?aid مصطفى الساهي،22/2/2012 سا 22-14 محور حقوق ذوي الاحتياجات الخاصّة)

htpp://reposity.sustesh.edu/handel/12356789/1494

اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة نحو المرض والمريض النفسي بمدينة الأغواط

د.عرعار سامية، أ.قزو فتيحة
كلّية العلوم الاجتماعية والانسانية
جامعة الأغواط .

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي، وكذا الكشف عن الفروق في هذه الاتجاهات تبعاً للمتغيّرات التالية: المستوى التعليمي، مؤسّسة العمل، الاحتكاك بالمريض، عدد سنوات الخبرة، المهنة، والجنس، وذلك من خلال عيّنة تتكون من 82 عامل وعاملة من قطاع الصحّة بمدينة الأغواط ، وقد أسفرت النتائج على أنّ (95.12%) من أفراد العيّنة أظهروا اتجاهات إيجابية نحو المريض والمرض النفسي، كما لم نسجل فروقاً دالة إحصائياً في هذه الاتجاهات تعزى للمتغيّرات المذكورة إلاّ متغيّر مؤسّسة العمل حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً تعزى لهذا المتغيّر لصالح عمال المركز الوسيط للصحّة العقلية.

Abstract:

This study aimed to identify the health sector employees attitudes towards mental illness and the mentally ill in related with some varriables:educational level,work foundation, contact with mentally ill,years of experience, occupation,and gender.it was conducted on a sample of 82 men and women employees in the health sector of laghouat city.

The results showed that (95.12%) from the employees showed positive attitudes towerds mental illness and the mentally ill, and there were no statistical significant differnces in employees attitudes due to previous variables except work foundation variable where showed results that there is statistical significant differences in employees attitudes towerds mental illness and the mentally ill in favor of employees of intermediate center of mental health of laghouat.

المقدمة:

كان للعرب والمسلمين السبق في إنشاء أول مستشفى للطب النفسي في العالم ببغداد سنة 705م، حيث لم تعرّف أوروبا المستشفيات النفسية إلاّ من خلال اسبانيا وذلك بتأثير الفتح الاسلامي وإنشاء المستشفيات فيها، كما كان للعلماء العرب والمسلمين فضل السبق كذلك في مجال العلاج بالأدوية، حيث أشار ابن البيطار في كتابه المسمى(الجامع) إلى أكثر من 1400 دواء نفساني التأثير، وذلك مؤشر هامّ لما حققه علماء العرب والمسلمين من تقدم في مجال العلاج النفسي**(العقباوي وآخرون،1999،ص6)**.

ولوعدنا وقارنا تلك الإنجازات القديمة مع ما هو كائن الآن سنجد أنفسنا أمام مفارقة كبيرة حيث ما زلنا متأخرين في مجال علم النفس والطب النفسي، ولم نحقق الكثير مقارنة مع العالم الغربي، فما زلنا نواجه كثيراً من جوانب القصور في الرعاية والتكفّل بفئة المرضى النفسيين سواءٌ على مستوى التكفّل العلاجي أو الاجتماعي لا سيما في الجزائر رغم الجهود والمساعي على الصعيد العلمي والعملي.

ولكي نحقق الحد المطلوب من النجاح في عملية التكفّل بالمريض النفسي فلابد أن نهيئ التربة الجيدة لذلك، ولا يكون هذا إلاّ بفحص هذه التربه وطبيعتها ومكوناتها، لأن المريض النفسي يعيش في بيئة هي بمثابة هذه التربة، ولا يمكن أن نتكفّل به في معزل عنها، بل إنَّ لها الدور الفعال والحاسم في سير عملية التكفل، ولا يمكن بأي حال فصل عناصر هذه البيئة عن بعضها بدءً من الأسرة، مروراً بالمحيط الاجتماعي خارج البيت ووصولاً إلى الأطراف المعنية والقائمة بهذا التكفل.

وعلى هذا الأساس فإنّه يتعيّن علينا أن نكتشف هذه البيئة ونظرتها واتجاهاتها نحو المريض والمرض النفسي لنرصد مدى تقبلها له، ونتوقع ما يمكن أن تقدمه له وما يجب أن يُقوَّم فيها لتصبح صالحة لعملية التكفّل النفسي بكلّ أبعادها.

إشكالية البحث:

إن اتجاهاتنا نحو موضوع ما إنما تحمل بين طياتها تصوراتنا واعتقاداتنا ومشاعرنا وآراءنا من خلال معرفتنا لذلك الموضوع، ومهما كانت الطريقة التي نعبر بها إلاّ أنها تدل على هذه الاتجاهات سواءً بالرفض أو القبول، أو بالإقبال أو النفور.

ولعل موضوع دراسة الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وكذا العلاج النفسي قد حظي باهتمام الكثير من الباحثين في البلدان العربية بهدف الكشف عن مدى تقبل المجتمع للمريض النفسي ومكانته الاجتماعية لدى العديد من الفئات خاصّة تلك التي لها صلة مباشرة بالمريض، ولقد توصلت عدة دراسات إلى نتائج متقاربة مفادها أنّ لمختلف الفئات الاجتماعية اتجاهات إيجابية نحو المرض والمريض النفسي ونذكر منها دراسة (عثمان،1998)، ودراسة (بركات وحسن،2006) واللتان استهدفتا فئة طلبة الجامعة، بينما تناولت دراسة (أحمد،2009) فئة قريبة للمريض النفسي وهي فئة ذوي المرضى، في حين تناولت دراسة(راجح،1998) اتجاهات كلّ من ذوي المرضى والعاملين في مستشفيات الصحّة النفسية نحو المرض والمريض النفسي والفروق بينهما في ظل عدد من المتغيّرات.

ولأنه لم تقع بين أيدينا أية دراسة محلية حول الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي فإننا اعتزمنا القيام بهذه الدراسة لرصد اتجاهات فئة لها صلة مباشرة في أغلب الأحيان - وغير مباشرة في بعض الحالات- بالمريض النفسي إلاّ وهي فئة العاملين في قطاع الصحّة بمختلف مهنهم ومستوياتهم، وسعيا لذلك انطلقنا بطرح هاذين التساؤلين:

1- ما طبيعة اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة نحو المرض والمريض النفسي بمدينة الأغواط ؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط تعزى لمتغيّرات (المستوى التعليمي، مؤسّسة العمل، الاحتكاك (الاتصال) بالمريض، عدد سنوات الخبرة، المهنة، والجنس).

فرضيات الدراسة:

للإجابة عن التساؤلين المطروحين تقترح الباحثتان الفرضيات التالية:

1- هناك اتجاهات إيجابية نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط .

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر المستوى التعليمي.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر مؤسّسة العمل.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر الاحتكاك بالمريض.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر عدد سنوات الخبرة.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر المهنة أو السلك الذي ينتمي إليه العامل.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر الجنس.

أهداف الدراسة:

نسعى من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق هدفين أساسيين:

1- الكشف عن طبيعة اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي.

2- دراسة مدى تأثير بعض المتغيّرات كالجنس، المهنة، المستوى التعليمي، الخبرة، طبيعة مؤسّسة العمل، وكذا الاحتكاك بالمريض على هذه الاتجاهات.

أهمّية الدراسة:

تكتسي هذه الدراسة أهميتها من خلال ما يمكن أن تقدمه للساحة العلمية والعملية كما يلي:

-تزويد الساحة العملية بمعلومات حول محيط المريض النفسي والمكانة التي يحظى بها خاصّة وأن الفئة المتناولة تعتبر ذات أهمّية بالنسبة للمريض والتكفّل به.

-يمكن استثمار اتجاهات هذه الفئة نحو المرض والمريض النفسي بطرق عملية في التكفّل به وذلك من خلال إعداد البرامج العلاجية التي تتلاءم وتلك الاتجاهات حتى تلقى القبول والاستحسان لدى العاملين في القطاع خصوصا أنها فئة فاعلة في عملية التكفّل ممّا يؤدي إلى نجاحها.

-إسهام نتائج هذه الدراسة في لفت النظر إلى أهمّية توعية محيط المريض النفسي لتكوين اتجاهات إيجابية نحوه وذلك من خلال رصد بعض العوامل التي من شأنها أن تزيد من درجة الوعي به.

-الإسهام كذلك في دفع الباحثين للقيام بدراسات مشابهة على فئات أخرى ونطاق أوسع من المجتمع.

حدود الدراسة:

تم إجراء هذه الدراسة ضمن الحدود التالية:

زمنياً: خلال شهري مارس وأفريل 2015

جغرافياً: المؤسّسة العمومية الاستشفائية أحمد بن عجيلة والمركز الوسيط للصحّة العقلية بمدينة الأغواط .

بشرياً: عيّنة قصدية مكونة من 82 عامل وعاملة من مختلف الأسلاك.

التعاريف الإجرائية لمتغيّرات الدراسة:

الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي:

هي ما يقيسه مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي المطبق في هذه الدراسة من خلال إجابات أفراد العيّنة على كلّ بنود المقياس.

المرض النفسي:

ونقصد به في هذه الدراسة الذهان بكلّ أنواعه.

المريض النفسي:

هو كلّ مريض مصاب بالذهان مهما كان نوعه ودرجته ومدة إصابته.

العاملين في قطاع الصحة:

كلّ العاملين بالمؤسّسة العمومية الاستشفائية أحمد بن عجيلة والمركز الوسيط للصحّة العقلية بمدينة الأغواط من كلا الجنسين ومختلف الأسلاك.

الإطار النظري للدراسة:

1. الاتجاهات:

1.1. تعريف الاتجاهات:

تباينت تعريفات الاتجاهات تبايناً ملحوظاً فقد ذكر ألبورت (Alport) منذ أكثر من نصف قرن من الزمان سبعة عشر تعريفا مختلفاً للاتجاه، كما وجد ماكجواير(Mcguire) في مسحه لتعريفات الاتجاه عام (1969) أنّ هناك ما يقرب من ثلاثين تعريفاً لها **(علام،2000،ص517).**

وحتى لا نخوض في كلّ تلك التعاريف وغيرها من التعاريف الحديثة مفصلة سنتناول أحدث المحاولات لتصنيفها، وهي ما قدمه أروين (Erwin) حيث يرى أنّ تعاريف الاتجاهات تندرج ضمن إحدى الفئتين:

الأولى: تعريفات تتعامل مع الاتجاه بوصفه غير بعدي مركزة عليه كاستجابة انفعالية ويمثّلها تعريف ثيرستون (في الثلاثينات من القرن العشرين).

والثانية: التي تتعامل معه بوصفه متعدد المكونات(الوجدان، المعرفة، والسلوك، لكلّ منها اسهامها في ترسيخ الاتجاه) ويمثّلها تعريف ألبورت(1935).

والقاسم المشترك بين الفئتين هو الاعتراف- بدرجة تنقص أوتزيد- بأهمّية الوجدان تليه المعرفة، ثم ضروب السلوك وفق عدد من النظريات الحديثة**(السيد وآخرون،2004،ص46).**

إذًا فيما يلي سنتطرق لهذين التعريفين الممثّلين للفئتين المذكورتين:

تعريف ثيرستون(Thurstone):

"إن الاتجاه النفسي هو تعميم لاستجابات الفرد تعميما يدفع سلوكه بعيداً أو قريباً من مدرَك معيّن"**(السيد وعبد الرحمن،1999،ص251).**

تعريف ألبورت(Alport):

"الاتجاه هو حالة من الاستعداد العقلي والعصبي التي تنظم أو تتكون خلال التجربة والخبرة التي تسبب تأثيراً موجهاً ديناميأ على استجابات الفرد لكلّ الموضوعات والمواقف" **(مقدم،2003، ص243).**

أمّا عن التعاريف العربية فهي كذلك لا تخرج عن نطاق هاتين الفئتين وسنكتفي كذلك بذكر تعريفين - من مجموع التعاريف المطلع عليها- تمّ اختيارهما ليمثّلا نفس الفئتين:

تعريف راجح:

"الاتجاه هو استعداد وجداني مكتسب، ثابت نسبيا، يحدد شعور الفرد وسلوكه إزاء موضوعات معيّنة من حيث تفضيلها أو عدم تفضيلها"**(بركات وحسن،2006،ص13)**.

تعريف زهران:

"الاتجاه النفسي الاجتماعي تكوين فرضي، أو متغيّر كامن أو متوسط(يقع فيها بين المثير والاستجابة) وهو عبارة عن استعداد نفسي، أو تهيؤ عقلي عصبي متعلم، للاستجابة الموجبة أو السالبة أو رموز في البيئة التي تثير هذه الاستجابة"**(صديق،2012،ص34)**.

من خلال هذه التعاريف يمكننا أن نستخلص عدة مميزات للاتجاهات والتي تتمثّل فيما يلي:

- ✓ أنها تتكون من خلال الخبرة وبالتالي فهي متعلمة ومكتسبة.
- ✓ أنها تعميم لاستجابات الفرد اتجاه المثيرات وبالتالي يمكن توقع ردود أفعال الفرد اتجاه بعض المواضيع.
- ✓ أنها تكوين فرضي لا يمكن رصده في ذاته ولكن يمكن الاستدلال عليه من خلال استجابات الفرد.
- ✓ أنها ثابتة نسبياً.
- ✓ أنها تتأرجح بين السلب والإيجاب أي بين الكراهية والحب وبين الرفض والقبول.
- ✓ أنها استعدادات للاستجابة وهي موجِهة لسلوك الفرد.
- ✓ أنها تعبر عن شعور الفرد نحو المواقف والمواضيع.

2.1. **مكونات الاتجاهات:**

رغم تضارب الآراء حول مكونات الاتجاه وحول وجودها مجتمعة أو نفي بعضها وهذا حسب التوجهات والتفسيرات النظرية، فإنه يشير أغلب الباحثين إلى ثلاث مكونات للاتجاه أولها المكون المعرفي لكن (السيد وعبد الرحمن،1999) ميزا نوع رابع عن هذا المكون المعرفي وإن كان مرتبطاً به، واعتبراه الأساس العام لباقي المكونات وفيما يلي توضيح لذلك:

1.2.1. **المكون الإدراكي:**

وهي الصيغة الإدراكية للمثيرات التي تحدد رد فعل الفرد في هذا الموقف أو ذاك، وقد يكون الإدراك حسيا عندما تتكون الاتجاهات نحو الماديات، كما قد يكون اجتماعيا عندما تتكون الاتجاهات نحو المثيرات الاجتماعية والمعنوية الأخرى، وتتداخل مجموعة من المتغيّرات في هذا المكون الإدراكي مثل صورة الذات، ومفهوم الفرد عن الآخرين، وأبعاد التشابه والتطابق والتمييز.

2.2.1. **المكون المعرفي:**

وهو عبارة عن مجموعة المعلومات والخبرات والمعارف التي تتصل بموضوع الاتجاه والتي انتقلت إلى الفرد عن طريق التلقين والممارسة المباشرة، بالإضافة إلى رصيد المعتقدات والتوقعات **(السيد وعبد الرحمن، مرجع سابق،ص253).**

3.2.1. **المكون الانفعالي:**

يعود إلى مشاعر الشخص ورغباته حول قضية اجتماعية ما، أو قيمة معيّنة، أو موضوع ما، إمّا بإقباله عليه أو نفوره منه**(صديق، مرجع سابق،ص305).**

4.2.1. **النزعة إلى السلوك (رد الفعل):**

أغلب الدارسين يطلقون عليه المكون السلوكي، لكننا نميل إلى رأي (لامبرت ولامبرت،1993) بتسميته النزعة إلى رد الفعل أو السلوك للإشارة إلى أنّ الاتجاهات لا يعبر عنها بصورة علنية بالضرورة، لأن الناس لا يكشفون عن اتجاهاتهم بصورة واضحة وهم يتعلمون من خلال التجربة الاجتماعية أن يُخفوا اتجاهات معيّنة عن الاشخاص العرضيين وحتى المقربين **(لامبرت ولامبرت،1993 ،ص114).**

وعلى هذا الأساس فإن هذا المكون هو عبارة عن مجموعة التعبيرات والنزعة لاستجابات معيّنة في موقف معيّن نحو موضوع معيّن وفق إدراكنا ومعرفتنا وانفعالنا نحوه.

3.1. **تكوين الاتجاهات:**

تتكون الاتجاهات متأثرة بالعديد من العوامل والتي يمكن تصنيفها إلى عوامل خارجية وأخرى داخلية ذاتية.

1.3.1. **العوامل الخارجية:**

نقدمها كما أوردها (أبو النيل،2009) وتتمثّل فيما يلي:

أ. **معايير الجماعة:**

يتأثر الفرد في تكوين اتجاهاته نحو المواضيع والمواقف بالمعايير السائدة في الجماعة الأولية خاصّة الأسرة، المدرسة، وجماعة الرفاق.

ب. الاتصال الشخصي:

إنَّ المقابلة المتكررة التي تحدث بين عدد صغير من الأفراد وجها لوجه لها تأثير في اتجاهات بعضهم البعض.

ج. الجماعة المرجعية:

إن مدى تأثير الجماعة على الفرد يعتمد على درجة توحده معها، فقد يتوحد شخص مع جماعة لا يكون منتمياً إليها، ونتيجة لذلك فإن اتجاهاته تكون متطابقة مع اتجاهات هذه الجماعة أكثر من الجماعة التي ينتمي إليها.

د. وسائل الإعلام والاتصال:

يتمّ من خلالها عرض الكثير من الحقائق والآراء والمعلومات عن كافة مواضيع الحياة وظروف الناس وأحوالهم، فيترتب عن ذلك تعرّف الفرد عليها وبالتالي تكوين اتجاهات نحوها.

ه. الثواب والعقاب:

إنَّ نظام الثواب والعقاب السائد في المجتمع والمعبَر عنه عادة بالرفض أو القبول له أثر كبير في تكوين بعض الاتجاهات(**أبو النيل،2009،ص ص 358-363).**

2.3.1. **العوامل الداخلية الذاتية:**

حسب (الوقفي،2003) فإن الانسان قد تتكون لديه بعض الاتجاهات دون التعرض لمؤثّرات خارجية، فمن سمات بعض الأفراد قدرتهم على التفكير ذاتيا والنقد والتفنيد للاتجاهات الشائعة وبيان القصور فيها، ومن النظريات التي تفسر ذلك كما تطرق لها فيما يلي:

أ. نظرية ماكغور(Mcguire**):**

ترى أنّ الأفراد يسعون للوصول إلى معتقدات واتجاهات تنسجم مع قواعد المنطق الشكلي، فإذا اعتقدنا أنّ الناس أحرار فإننا نرفض التسلط على الآخرين سواء بدر ذلك منا أو منهم.

ب. نظرية هايدر(Heider**):**

وتقضي بأنّ الفرد يسعى للحفاظ على علاقات ثابتة متزنة مع الناس والمحيط، فقد يغير اتجاهاته لمواضيع معيّنة سعيا للوصول إلى حالة التوازن.

ج. نظرية فستنجر(Festinger**):**

تعرّف بنظرية التخالف المعرفي ومفادها أنّ حالة التوتر تنشأ عندما يسلك الفرد وفق معلومتين غير متسقتين مع بعضهما البعض، فيسعى للخلاص بأنّ يختار مواقفاً واتجاهاً يوفق بين المعلومتين(الوقفي،2003،ص679).

4.1. **تغيير الاتجاهات:**

على الرغم من أنّ الاتجاهات تتصف بالثبات النسبي لكنها معرضة للتعديل أو التغيير، ويرى سكيلنبيري (Schellembery) أنّ عملية تغيير الاتجاهات أشبه ما تكون بعملية تغيير الدم في جسم الانسان، ومع ذلك فإن الفرد بإمكانه تغيير اتجاهاته كما يرى(العدلي،1993) إذا ما أتيحت له فرصة

الاتصال المباشر العميق بموضوع الاتجاهات، وخصوصا الجوانب المعرفية في الاتجاهات، أو إذا ما تمّ تغيير الموقف الذي نشأ فيه الاتجاه، أو إذا حصلت بعض الظروف الطارئة التي تجبره على ذلك(**صديق، مرجع سابق،ص311**).

وعملية تغيير الاتجاه ماهي إلاّ تكوين اتجاه جديد بشكل مقصود ومتعمد لإحلاله محل اتجاه قديم، ويعتقد فيشباين وأجزين(Fixhbein & Ajzen) أنّ التمييز بين تكوين الاتجاه وتغييره أمر مفتعل، ومع ذلك فإننا نتحدث عن تكوين الاتجاه عندما يحدث تغيير تلقائي غير متعمد والعكس، أي أنّ التغيير مقترن بنية تغيير الاتجاه(**السيد وآخرون، مرجع سابق،ص72**).

والملاحظ أنّ أساليب تغيير الاتجاهات تُستقى من العوامل التي تسهم في تكوين الاتجهات ومن أهمها تعديل المجال الإدراكي المعرفي للفرد عن طريق تزويدهم بالمعلومات والمعارف المختلفة التي تتعلق بموضوع الاتجاه، وتغيير الإطار المرجعي والجماعة المرجعية، وكذا التغيير القسري في السلوك، بالإضافة إلى وسائل الإعلام والأنظمة التعليمية(**حافظ وآخرون،2000،ص252**).

والجدير بالذكر في هذا الصدد أنّ تغيير الاتجاهات ليس بالأمر السهل أبدا، كما أنّه يتوقف على عدة عوامل ترتبط بخصائص الاتجاه في حد ذاته كالتطرف مثلا حيث أنّ الاتجاه المتطرف أقل قابلية للتغيير، كما يتوقف تغيير الاتجاه على عوامل أخرى ترتبط بالمتبني للاتجاه كدرجة تفتحه الذهني وذكائه فالأفراد الذين يحققون درجات متدنية على مقاييس الجمود أكثر قابلية لتغيير اتجاهاتهم(**السيد وآخرون، مرجع سابق،ص74**).

5.1. قياس الاتجاهات:

تعتمد إجراءات قياس الاتجاهات على الافتراضات النظرية المتعلقة بطبيعة الاتجاه الذي نود قياسه، وعلى العلاقات القائمة بينه وبين السلوك والقواعد المستخدمة في تعيين أرقام للملاحظات السلوكية، فالنماذج المختلفة لبناء المقاييس المستخدمة في قياس الاتجاهات تهدف إلى تحويل مجموعات من الملاحظات أو استجابات الأفراد إلى مؤشرات للاتجاه الذي تنطوي عليه تلك الاستجابات، غير أنّ تفسير البيانات المستمدة من هذه المقاييس يعتمد على العلاقة بين مفهوم الاتجاه الذي يتبناه من يقوم بإعداد المقياس والأسلوب الذي يستخدمه في قياس الاتجاه، ولعل وضوح هذه العلاقة يعد أمراً ضرورياً لفهم النماذج والأساليب المختلفة لقياس الاتجاهات(**علام،مرجع سابق،ص526**).

ويشير (خليفة وشحاته،1994) إلى أنّ جميع المقاييس تهدف إلى وضع الفرد في ضوء استجاباته على متصل يمتد بين القبول التام والرفض القاطع، ويمكن تصور هذا على أنه يشبه الخط المستقيم الذي يمتد بين نقطتين، تمثّل إحداهما أقصى درجات القبول لموضوع الاتجاه، وتعكس الأخرى أشد

درجات الرفض له، ويشكل منتصف المسافة بين النقطتين مواقف الحياد تجاه الموضوع(**السيد وآخرون، مرجع سابق،ص56**).

وعند قياس الاتجاهات يعبر الفرد عن موقفه ضمن ثلاثة أنواع من النطاقات السلوكية، فإمّا أن يُطلب من الفرد أن يستجيب استجابة لفظية تعبر عن رأيه وتصف مشاعره وتسمى الاتجاهات اللفظية المستدعاة، وإمّا أن يعبر عن أرائه في محادثته المعتادة مع أصدقائه فتسمى الاتجاهات اللفظية التلقائية، كما يمكن أن يسلك الفرد بطريقة معيّنة نحو موضوع الاتجاه فتسمى الاتجاهات المتمثّلة في الفعل(**علام، مرجع سابق،ص530**).

واستجابة الفرد بهذه الطرق الثلاث تندرج ضمن الأساليب المباشرة لقياس الاتجاهات وهناك كذلك الأساليب غير المباشرة لقياس الاتجاهات كما تطرق لها(حافظ وآخرون،2000) وتتمثّل في الاختبارات الإسقاطية بأنواعها والسيكودراما والسوسيودراما، كما ذكر (علام،2000) نوع آخر من الأساليب غير المباشرة وهي الأساليب الفيزيولوجية.

ولكن الملاحظ أنّ أغلب مقاييس الاتجاهات المعروفة تندرج ضمن النوع الأول أي أنها تقيس الاتجاهات اللفظية المستدعاة، ومن أبرز هذه المقاييس مقياس بوجاردوس(Bogardos)، مقياس ثيرستون(Thurstone)، مقياس جيتمان(Guttman)، مقياس أوسجود وأخرون(Osgood et al)، ومقياس ليكرت(Likert) الذي سنتطرق له باختصار لاحقا في الجانب الميداني على اعتبار أنه تمّ اعتماد طريقته في بناء وتصحيح مقياس هذه الدراسة.

2. **الذهان:**

1.2. **تعريف الذهان:**

من بين أهم تعاريف الذهان ما يلي:

تعريف الخاني:

"أنه اضطراب صلة الشخص بالواقع والذي يؤدي إلى عدم التميز بين العالم الخارجي وبين عالمه الداخلي، أو يؤدي لاضطراب التميز بين الحقيقة وبين الوهم، ويترافق هذا الاضطراب بخلل في الوظائف العقلية للشخص يتظاهر بالضلالات(وهي أفكار غير واقعية أو استنتاجات خاطئة للواقع)، وبالهلاوس (وهي إدراكات غير موجودة في الواقع)، وغير ذلك من اضطرابات التفكير والإدراك والتحكم بالذات والبصيرة وبالحالة العقلية وكلّ هذا ناتج عن اضطراب الصلة بالواقع"(**الخاني،2006،ص39**).

تعريف الشربيني:

"يستخدم هذا التعبير لوصف الاضطرابات العقلية الشديدة التي تضطرب فيها علاقة المريض مع الواقع، وذلك مقارنة بحالات العصاب التي تكون أقل تأثيراً على حالة المريض"**(الشربيني،ب ت،ص148)**

تعريف نوربير سيلامي وآخرون:

"الذهان مرض عقلي يتميز بإصابة عميقة في الشخصية على وجه الخصوص، بإضطراب في الدائرة المعرفية(إدراك، حكم، استدلال)، وفي الوجدانية(مزاج، انفعالات)".

ويضيف سيلامي "أن الذهان يصيب حياة المريض الشخصية، الأسرية، والمهنية بالخلل إلى حد يكون ضرورياً إدخاله المشفى في مؤسّسة للطب النفسي، فإجراء الإدخال في مشفى الطب النفسي ينبغي أن يتخذ بسبب كون ارتكاسات المريض تصبح محفوفة بالخطر عليه(محاولات انتحار، رفض الطعام، تشوهات)، وعلى الآخرين(عنف، اضطراب النظام العامّ). ويظل الذهاني في حياته العلائقية، في أحاديثه، وفي عواطفه وأفعاله غير مفهوم من محيطه**"(سيلامي وآخرون،2001،ص1151).**

تعريف (Grand dictionnaire de la psychologie):

"مرض عقلي خطير وشامل يمس شخصية المريض ويستدعي في أغلب الحالات تكفّل علاجي مكثف ممّا قد يستدعي وضع المريض إجباريا في حالة استشفاء"**(**Bloch & al ,2007,p749).

تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية(DSM 5™):

"هو شذوذ يظهر بواحد أو أكثر من الأشكال التالية (الضلالات، الهلاوس، تشوش التفكير والخطاب، شذوذ كبير في السلوك الحركي(بما فيه السلوك الكتاتوني أو التخشبي)، أو أعراض سلبية" **(DSM 5™,2013,p87)**.

بعرضنا هذه التعاريف نلاحظ أنها جميعا تتفق على أنّ الذهان خلل شامل يصيب الشخصية والقدرات العقلية والحياة الوجدانية للفرد ممّا يؤدي إلى فقدان الصلة بالواقع وشلل اجتماعي وعلائقي، كما نلاحظ أنّ تعريف(DSM 5™) قد عبر عن كلّ الأعراض بتحديد دقيق وكثير من الاختصار، ونلاحظ كذلك أنّ هذه الأعراض ذاتها التي تمّ تناولها في تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في طبعته السابقة.

2.2. أعراض الذهان:

سنتناولها وفق (DSM 5™)، وكما سبق أن شرحها(عكاشة،ب ت) في النقاط التالية:

- ✓ اضطراب واضح في السلوك بعيداً عن طبيعة الفرد، من انطواء وانعزال وإهمال للذات والعمل والاهتمام بأشياء لم تكن ضمن مجال اهتمامه سابقاً.
- ✓ تغيّر وانحراف في الشخصية واكتساب عادات غريبة عن الفرد.

- ✓ تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.
- ✓ تغيّر على مستوى الوجدان.
- ✓ عدم استبصار المريض بعلته،فلا يشعر بها وأحياناً يرفض العلاج اعتقادا منه أنه لا يعاني من أي مرض.
- ✓ اضطراب الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.
- ✓ البعد عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب التفكير **(عكاشة،ب ت،ص294).**

3.2. **أنواع الذهان:**

كان الذهان يصنف إلى ذهان عضوي وذهان وظيفي وهذا بالعودة إلى سبب الإصابة ولكنه حديثا كما يشير إليه (عكاشة، ب ت) نظراً لاكتشاف كثيراً من التغيّرات الفيزيولوجية والكيميائية، بل وحتى في نسيج المخ في كثير من الاضطرابات النفسية الوظيفية فقد أصبح من غير المجدي تصنيفها إلى عضوية ووظيفية، وحتى لا نسترسل في الخوض في الاختلاف في تصنيف الذهانات فإننا سنكتفي بالتطرق إلى تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي وفق الدليل التشخيصي والتصنيفي (DSM 5™):

- اضطراب الشخصية من النمط الفصامي.
- الاضطراب الذهاني الوجيز.
- الاضطراب فصامي الشكل.
- الفصام.
- اضطراب فصامي وجداني ثنائي القطب.
- اضطراب فصامي وجداني اكتئابي.
- اضطراب ذهاني محدث بمادة.
- اضطراب ذهاني ناجم عن حالة طبية (مع ضلالات).
- اضطراب ذهاني ناجم عن حالة طبية (مع هلاوس).
- اضطراب تخشبي مرتبط باضطراب نفسي آخر.
- اضطراب تخشبي ناجم عن حالة طبية.
- اضطراب تخشبي غير محدد.
- طيف فصام آخر محدد واضطراب ذهاني آخر.
- طيف فصام غير محدد واضطراب ذهاني آخر.

والملاحظة الهامّة المسجلة بالنسبة لهذا التصنيف هي غياب اضطراب البرانويا بأنواعها من تصنيفات الذهان مقارنة بالدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع المراجع.

إجراءات الدراسة الميدانية:

منهج الدراسة:

اتبعنا المنهج الوصفي للتمكّن من الإجابة على أسئلة الدراسة وتحقيق أهدافها لأنه الطريقة المثلى لبيان الظاهرة كما هي في الواقع ووصفها وصفا دقيقاً.

مجتمع الدراسة: تكوّن مجتمع الدراسة من عمال المؤسّسة العمومية الاستشفائية أحمد بن عجيلة، وكذا عمال المركز الوسيط للصحّة العقلية التابع للمؤسّسة العمومية للصحّة الجوارية بمدينة الأغواط بمختلف تخصّصاتهم والأسلاك المنتمين إليها.

عيّنة الدراسة:

تكونت عيّنة الدراسة من 82 عاملاً من كلا الجنسين ومختلف الأسلاك تمّ اختيارهم بطريقة قصدية، حيث شملت 70 عاملاً من المؤسّسة العمومية الاستشفائية أحمد بن عجيلة، و12 عاملاً من المركز الوسيط للصحّة العقلية، وقد توزعت العيّنة حسب متغيّرات الدراسة كما يأتي في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يوضح توزيع أفراد العيّنة حسب متغيّرات الدراسة

المتغيّر	مستوياته	التكرار	النسبة
المستوى التعليمي	جامعي	41	%50
	شهادة دولة (شبه طبي أو معهد متخصّص)	16	% 19.51
	ثانوي	11	% 13.41
	متوسط أو أقل	14	% 17.07
مؤسّسة العمل	المؤسّسة العمومية الاستشفائية	70	% 85.36
	المركز الوسيط للصحّة العقلية	12	% 14.63
الاحتكاك(الاتصال) بالمريض	الاحتكاك بالمريض	60	% 73.17
	عدم الاحتكاك بالمريض	22	% 26.82
سنوات الخبرة	من 1 إلى 11 سنة	62	% 57.60
	من 11 إلى 21 سنة	06	% 7.31
	من 21 سنة فما فوق	14	% 17.07
المهنة (السلك)	طبيب	13	% 15.85
	نفساني عيادي	16	% 19.51
	شبه طبي	20	% 24.39

	إداري	18	% 21.95
	عامل مهني	15	% 18.29
الجنس	ذكر	33	% 40.24
	أنثى	49	% 59.75
المجموع الكلّي		82	% 100

أداة الدراسة:

استخدمنا في هذه الدراسة مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لخالد علي راجح (1998) والذي طوره عن مقياس (خليفة، 1984) حيث درست خصائصه السيكومترية وتأكد الباحثان أنّ المقياس يتميز بصدق وثبات عاليين وهذا في البيئتين المصرية والسعودية على التوالي.

وقد قسم المقياس إلى جزئين الأول منه شمل المعلومات الشخصية (كالجنس، المهنة، المستوى التعلمي، مؤسّسة العمل، وعدد سنوات الخبرة)، أمّا الجزء الثاني منه فتضمن 38 بنداً (فقرة) موزعة على 5 أبعاد، حيث أنّ 20 بنداً منها تعبر عن الاتجاه الإيجابي و18 بنداً تعبر عن الاتجاه السلبي نحو المرض والمريض النفسي، والجدول التالي يوضح توزيع البنود على أبعاد المقياس:

جدول رقم (02) يوضح عدد بنود المقياس وتوزيعها حسب الأبعاد

البعد	عدد البنود	البنود السالبة	البنود الموجبة
أسباب المرض النفسي	10	1- 2- 3- 4- 10	5- 6- 7- 8- 9
صورة المرض النفسي	6	11- 12- 14- 16	13- 15
طرق علاج المريض النفسي	5	17- 21	18- 19- 20
الشفاء من المرض النفسي	3	23- 24	22
المشاعر نحو المريض النفسي	14	25- 26- 27- 28- 30- 36- 38	29- 31- 32- 33- 34- 35- 37
المجموع	38	20	18

تصحيح المقياس:

لتصحيح المقياس اعتمدنا على سلم ليكرت ذو التدرج الخماسي حيث أعطيت البنود الموجبة والتي تعبر عن معنى مؤيد للاتجاه العلامات من 1 إلى 5 والسالبة التي تعبر عن معنى معارض للاتجاه من 5 إلى 1، معبر عنها بالعبارات التالية (غير موافق إطلاقاً، غير موافق، محايد، موافق، موافق جدا).

وقد اعتمدنا للحكم على اتجاهات الأفراد إن كانت إيجابية أو سلبية على معيار الحياد أو نقطة الوسط حيث أنّ أعلى درجة موجبة يمكن أن يتحصّل عليها الفرد هي (38×5=190) أمّا أدنى درجة سالبة يمكنه الحصول عليها فهي (38×1=38)، والدرجة الوسطى يحصل عليها كلّ من كانت إجاباته

محايدة وتساوي (38×3=114)، ونقطة الوسط هذه تمّ اعتمادها كدرجة الحياد النظرية الفاصلة بين ذوي الاتجاهات السلبية وهم كلّ من يحصلون على درجة 114 فأقل، بينما تكون اتجاهات كلّ من يحصلون على درجة 115 فأكثر إيجابية على مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي المعتمد في هذه الدراسة.

صدق وثبات مقياس الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي:

تمّ التأكد من صدق وثبات مقياس الدراسة على عيّنة تقنين تتكون من 30 عامل وعاملة في المؤسّسة العمومية للصحّة الجوارية بالأغواط وذلك بالطرق التالية:

الصدق:

1- **صدق الاتساق الداخلي:**

حيث تمّ حساب معامل ارتباط درجة كلّ بعد بالدرجة الكلّية للمقياس فكانت معاملات الارتباط على التوالي حسب ترتيب الأبعاد(0.68، 0.83، 0.72، 0.84، 0.73) وهي معاملات كافية للدلالة على صدق المقياس.

2- **الصدق التمييزي:**

وتمّ ذلك بحساب الفروق بين نتائج 8 أفراد ذوي أعلى الدرجات ونتائج 8 أفراد ذوي أدنى الدرجات من العيّنة، وبعد المعالجة الإحصائية سجلنا دلالة إحصائية عالية في الفروق فكانت مؤشراً على أنّ المقياس يميز بين الأفراد (أطرافه).

الثبات:

1- **الثبات بحساب معامل ألفا كونباخ:**

بلغت قيمة معامل الثبات (0.74) وهي دلالة على ثبات المقياس.

2- **طريقة التجزئة النصفية (فردي / زوجي):**

بلغ معامل الثبات بمعادلة جيتمان (0.63) وهي قيمة مقبولة للدلالة على ثبات المقياس.

نتائج الدراسة:

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أنه "**هناك اتجاهات إيجابية نحو المرض والمريض النفسي لدى العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط** "

وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب متوسط درجات أفراد العيّنة على مقياس الدراسة ثم قمنا بمقارنتها بدرجة الحياد النظرية (114) كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (03) مدى ابتعاد قيمة متوسط درجات أفراد العيّنة عن درجة الحياد النظرية (114)

	أعلى درجة	درجة الحياد	أدنى درجة	عدد البنود
درجة البند الواحد	5	3	1	38
الدرجة الكلّية	190 = 5 × 38	114 = 3 × 38	38 = 1 × 38	
درجات الأفراد	165	/	106	
المتوسط	136.07			

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ متوسط درجات أفراد العيّنة قدّر بـ(136.07) وهو أكبر من درجة الحياد النظرية (114) وبالتالي هذا يدل على أنّ اتجاهات أفراد العيّنة نحو المرض والمريض النفسي ذات طبيعة إيجابية.

وللتأكيد على هذه النتيجة قمنا بحساب التكرارات والنسب المئوية الإيجابية والسلبية لاتجاهات أفراد عيّنة الدراسة فكانت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم (04):

جدول رقم (04) يوضح اتجاهات أفراد العيّنة الإيجابية والسلبية

الاتجاه	التكرار	النسبة المئوية
إيجابي	78	95.12%
سلبي	4	4.87%
المجموع	82	100%

بقراءة هذا الجدول نلاحظ أنّ تكرار الأفراد ذوي الاتجاه الإيجابي بلغ (78) وبنسبة مئوية تقدّر بـ(95.12%) وهي نسبة عالية جدا تدل على أنّ أغلب أفراد العيّنة لديهم اتجاهات إيجابية نحو المرض والمريض النفسي، وهذا يتفق مع ما جاء في الجدول رقم (03)، كما أنّ هذه النتيجة تتفق مع نتائج العديد من الدراسات كدراسة (بركات وحسن،2006) التي توصلت إلى أنّ (75.9%) من أفراد العيّنة كانت اتجاهاتهم إيجابية نحو المرض النفسي، ودراسة (أحمد،2009) والتي توصلت إلى نفس النتيجة وبنسبة(65.6%)، وبمقارنة النسب المتحصّل عليها من نتائج هاتين الدراستين بالنسبة المئوية المتحصّل عليها في الدراسة الحالية نجد هذه الأخيرة تفوق نسب سابقتيها، وقد نعلل ذلك بطبيعة الفئة المستهدفة في هذه الدراسة وهي فئة العاملين في قطاع الصحّة التي تختلف عن فئتى الدراستين الأخيرتين، والمتمثّلة في فئة طلبة الجامعة وفئة ذوي المرضى على التوالي، وهذا ما تؤكّده كذلك نتائج دراسة (راجح،1998) والتي توصلت إلى وجود فروق دالة في الاتجاهات الإيجابية نحو المرض والمريض النفسي بين فئة العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحّة النفسية بالطائف وجدة لصالح العاملين في المستشفى.

حيث أنّ العاملين في قطاع الصحّة يعتبرون أحد الأطراف المعنية بالتكفّل بفئة المرضى النفسيين وإن اقتصر الدور على التكفّل بالصحّة الجسدية في أغلب الحالات خاصّة في ظل غياب مؤسّسة استشفائية متخصّصة في الأمراض النفسية بمدينة الأغواط ماعدا المتابعة الدورية النهارية من طرف الأطباء النفسيين والنفسانيين العياديين في المركز الوسيط للصحّة العقلية، إلاّ أنّ لطبيعة التكوين النظري والميداني للأطباء مهما كان تخصّصهم والممرضين والنفسانيين العياديين دوراً كبيراً في تكوين اتجاهات إيجابية نحوى المرض والمريض النفسي، ونفسر ذلك بالعودة إلى أحد مكونات الاتجاه وهو المكون المعرفي الذي هو عبارة عن مجموع معارف ومكتسبات الفرد حول موضوع الاتجاهات، ومن جهة أخرى فإن هذا الأثر قد ينتقل لفئات العمال الأخرى كالإداريين والعمال المهنيين من خلال الخبرة والاحتكاك الميداني بزملائهم الأطباء والممرضين والنفسانيين وهذا حسب ما أشار إليه كلّ من زفالوني وموسكوفيتشي(Zavalloni و Moscovici) "بأنّ الجماعة تعمل كمستقطب للاتجاهات"**(لامبرت ولامبرت، مرجع سابق،ص178)**، أي أنّ للجماعة دوراً كبيراً في تكوين ثم تغيير الاتجاهات من خلال تأثيرها في الفرد لاسيما بإمداده بمعلومات جديدة حول موضوع الاتجاه وهذا ما أكد عليه (أبو النيل،2009) بأنّ "المعلومات الجديدة أداة هامّة في تغيير اتجاهات الفرد"**(أبو النيل،مرجع سابق،ص365).**

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

جاء نصّ الفرضية كمايلي:" **توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر المستوى التعليمي**".

وللتحقق من صحّة هذه الفرضية قمنا بالمعالجة الإحصائية باستخدام اختبار كروسكال وليس(Kruskal Wallis) اللابارامتيري للعيّنات المستقلة، البديل لاختبار تحليل التباين الأحادي (Anova) وهذا لعدم توفر كلّ الشروط البارامترية، من أجل الكشف عن الفروق في الاتجاهات لدى أفراد العيّنة حسب المستوى التعليمي فتحصّلنا على النتائج المدونة في الجدول رقم (05).

جدول رقم (05) يبين نتائج اختبار كروسكال وليس للفرضية الثانية

المتغيّر (المستوى التعليمي)	عدد الأفراد	وسيط الرتب	كا²	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
جامعي	41	46.39	3.947	3	0.267
شهادة دولة	16	39.78			
ثانوي	11	33.91			
متوسط أو أقل	14	35.11			

من خلال هذا الجدول نلاحظ أنّ قيمة الدلالة الإحصائية (0.267) أكبر من (0.05) وبالتالي نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية ونقر أنه لا توجد فروق في اتجاهات العاملين في

قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر المستوى التعليمي، والشيء الملاحظ على نتائج هذه الفرضية أنها جاءت منافية لجل نتائج الدراسات المطلع عليها والتي أكدت على أنه كلّما زاد المستوى التعليمي لدى الفرد كانت اتجاهاته أكثر إيجابية نحو المرض والمريض النفسي، ولم نجد إلاّ دراستين اتفقتا مع نتائج دراستنا وهما دراسة(سويف،1967) التي أوردها(بركات وحسن،2006)، ودراسة (زقوت،2001) والتي أوردها (أحمد،2009)، واللتان توصلتا إلى عدم وجود أثر للمستوى التعليمي على طبيعة الأفكار والاتجاهات نحو المرض والمريض وكذا العلاج النفسي.

ونعتقد أنّ أسباب انعدام الفروق في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى عيّنة الدراسة باختلاف المستوى التعليمي تعود إلى مستوى الوعي بطبيعة المرض النفسي وتقبله وتؤكّد على ذلك نتائج الفرضية الأولى، وقد يعود هذا إلى الخلفية الاجتماعية لبيئة هؤلاء العمال وإلى طبيعة الاتجاهات السائدة في المجتمع لدى مختلف الفئات باختلاف مستوياتهم التعليمية، كما أنّ هذا يعكس نقطة هامّة جدا وهي مستوى الاتصال الجيد وتأثير كلّ فئة على الأخرى ضمن نطاق المؤسّسة باختلاف مستوياتهم وكذا المهامّ الموكلة إليهم ولعل الدور الأكبر في هذا يرجع إلى أهل التخصّص الأقرب إلى المرضى النفسيين من أطباء نفسانيين ونفسانيين عيادين، وكذا العلاقة مع المريض النفسي في حد ذاته ممّا يؤدي إلى تشكيل صورة سليمة عنه كونه لا يختلف عن المرضى العضويين وبالتالي تكوين اتجاهات إيجابية نحوه.

أيضا يجدر بنا الإشارة هنا إلى دور وسائل الإعلام في وعي المجتمع عامّة بماهية المريض النفسي وتحسين صورته اجتماعيا، بما تقدمه من معلومات عن مرضه وكذا علاجه من خلال ما تعرضه من حصص وأفلام وثائقية إذاعيا وتلفزيونيا وحتى سينمائيا.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

وجاء نصها كما يلي: "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر مؤسّسة العمل**".

استخدمنا الاختبار اللاباراميتري مان ويتني (Mann whitny) وهو الاختبار البديل للاختبار الباراميتري (T) وبعد المعالجة الإحصائية أسفرت النتائج عن وجود فروق بين العاملين في المؤسّستين محل الدراسة كما يوضحه الجدول:

جدول رقم (06) يعرض نتائج اختبار مان ويتني للفرضية الثالثة

المتغيّر (مؤسّسة العمل)	عدد الافراد	وسيط الرتب	قيمة z	الدلالة الإحصائية
المؤسّسة الاستشفائية	70	38.60	- 2.666	0.008
المركز الوسيط للصحّة	12	58.42		

العقلية				

من خلال هذا الجدول نلاحظ أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين اتجاهات العاملين في المؤسّسة العمومية الاستشفائية والعاملين بالمركز الوسيط للصحّة العقلية نحو المرض والمريض النفسي لصالح العاملين في المركز الوسيط، حيث بلغ وسيط رتب درجاتهم على مقياس الاتجاهات المطبق في الدراسة (58.42) مقابل (38.60) كوسيط لرتب العاملين في المؤسّسة الاستشفائية أحمد بن عجيلة، وعليه فأننا نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية، وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (راجح،1998) التي أكدت على أنّ العاملين في مستشفيات الصحّة النفسية بكلّ من الطائف وجدّة قد تفوقوا من حيث الفروق في الاتجاهات الإيجابية نحو المرض والمريض النفسي أمام ذوي المرضى، وهي الدراسة الوحيدة التي وقعت بين أيدينا وتناولت نفس الفئة مع الدراسة الحالية.

ونفسر هذه الفروق بطبيعة العمل داخل المؤسّسة ذاتها أو بمعنى آخر بالفئة المتعامل معها حيث أنّ المركز الوسيط للصحّة العقلية يستقبل المرضى الذهانيين على وجه الخصوص وبالتالي فكلّ العاملين يملكون من المعارف والمعلومات عن المرض النفسي ما يجعلهم يدركون حقيقة هذا المرض ويتقبلونه كأي مرض آخر، وبالتالي فإنهم يكوّنون اتجاهات نحو المريض والمرض النفسي أكثر إيجابية مقارنة بالعاملين في المؤسّسة الاستشفائية وإن كانت الاتجاهات العامة كلّها إيجابية، وهنا يبرز من جديد دور المكون المعرفي وكذلك دور المكون الإدراكي الذي يعتبر الأساس لمكونات الاتجاهات الأخرى، وهذا ما أكدته كذلك نتائج دراسة(Keatings،1985) حيث وجدت اتجاهات أكثر إيجابية في المناطق التي ترتفع فيها نسبة مرضى الفصام تجاه المرض والمريض**(راجح،1998،ص53)**.

وهناك نتيجة جدّ هامّة توصلت إليها دراسة(راجح،1998) تعطينا تفسيراً مهما للفروق بين عاملي المؤسّستين موضوع الدراسة الحالية، وهي وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي والمسؤولية الشخصية الاجتماعية لدى العاملين مع المرضى، فحين لم تجد دلالة لهذه العلاقة لدى ذوي المرضى، ولعل هذا أدى إلى بروز هذه الفروق بين العاملين في المؤسّسة الاستشفائية والمركز الوسيط للصحّة العقلية في الدراسة الحالية كون الأخيرة المتكفّل الأول بفئة المرضى النفسيين والذهانيين على وجه الخصوص.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

و نصت على ما يلي: "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر الاحتكاك بالمريض**".

بعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار مان ويتني أسفرت النتائج عن التالي:

جدول رقم(07) يوضح نتائج اختبار مان ويتني للفرضية الرابعة

المتغيّر(الإحتكاك بالمريض)	عدد الافراد	وسيط الرتب	قيمة z	الدلالة الإحصائية
يحتك بالمريض	60	42.13	- 0.398	0.691
لا يحتك به	22	39.77		

من خلال نتائج قراءتنا لهذا الجدول نسجل دلالة إحصائية مقدّرة بـ(0.691) وهي أكبر من (0,05)، وهذا يعني أنّ الفرضية لم تتحقق، وبالتالي نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية التي تنصّ على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر والاحتكاك بالمريض، لكننا لم نسجل أي دراسة من الدراسات التي تمّ الاطلاع عليها تناولت هذا المتغيّر ولذلك وجب علينا توضيح السبب الذي دعانا إلى تناوله في هذه الدراسة فمن خلال الدراسة الاستطلاعية للمؤسّستين محل الدراسة لاحظنا أنّ هناك فئات من العمال وإن كانت أقلية لا تحتك بالمريض بحكم طبيعة عملها كالإداريين مثلا والطباخين وعمال الصيانة والذين علاقتهم بالمريض غير مباشرة، لكن مع ذلك فإنه حسب النتيجة المتحصّل عليها فإن هذا المتغيّر لم يخلق فروقا دالة في الاتجاهات بين أفراد العيّنة.

وتؤكّد هذه النتيجة مرة أخرى على طبيعة الاتصال الجيد بين مختلف فئات العاملين داخل المؤسّستين وهذا يفسر عدم وجود الفروق، حيث أنّ الاتصال الشخصي المباشر المتكرر وجها لوجه بين أفراد الجماعة يؤدي إلى تأثير اتجاهات بعضهم على البعض، وهذا يبرز تأثير الجماعة المرجعية في اتجاهات العاملين غير المحتكين بفئة المرضى وهذا يؤكّد توحدهم مع جماعتهم وبيئة عملهم المنتمين إليها.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

حيث نصت هذه الفرضية على أنه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر عدد سنوات الخبرة**".

باستخدام اختبار كروسكال وليس تمّ اختبار هذه الفرضية وتحصّلنا على النتيجة الموضحة في الجدول رقم(08):

جدول رقم(08) يوضح نتائج اختبار كروسكال وليس للفرضية الخامسة

المتغيّر (الخبرة)	عدد الأفراد	وسيط الرتب	كا ^{2}	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
1 إلى 11 سنة	62	42.22			
11 إلى 21 سنة	06	55.25	4.096	2	0.129

21 سنة فما فوق	14	32.43			

حسب هذا الجدول فإن الدلالة الإحصائية والمقدّرة بـ(0.129) وهي أكبر من (0.05)، هي دلالة كافية لعدم تحقق الفرضية وقبول الفرضية الصفرية والتي مفادها أنها لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة نحو المرض والمريض النفسي بمدينة الأغواط تعزى لمتغيّر عدد سنوات الخبرة، وبعودتنا إلى الدراسات السابقة المتوفرة ومراجعتها وجدنا أنها لم تتناول هذا المتغيّر كذلك ومبرر تناولنا له يعود إلى خاصّية من خصائص الاتجاهات التي تمّ استنباطها من تعاريفها وهي أنها تتكون من التجارب والخبرات التي يمر بها الفرد.

ولهذه النتيجة دلالة مهمة جدّاً تفسر نتيجة هذه الفرضية وتضيف تفسيراً آخر للنتائج السابقة ألا وهي دور الجماعة الأولية ومعاييرها في تكوين اتجاهات إيجابية نحو المرضى النفسيين ونقصد بالجماعة الأولية الأسرة والمدرسة وجماعة الرفاق، بمعنى البيئة الأولى التي يحتك بها الفرد ويتأثر بمعاييرها ولعل هذا ما أتاح مسألة التأثر المتبادل بين مختلف فئات العاملين على اتجاهاتهم كما ورد في مناقشة الفرضيات السابقة، إذ لا يمكننا في هذه الحالة عزل اتجاهاتهم الحالية وفق معارفهم الجديدة عن معتقداتهم ومعاييرهم المكتسبة من بيئتهم الأصلية.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

ونصّها كما يلي: "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر المهنة أو السلك الذي ينتمي إليه العامل**".

لاختبار هذه الفرضية استخدمنا كذلك اختبار كروسكال وليس فحصلنا على النتيجة المدونة في الجدول رقم (09).

جدول رقم(09) يبين نتائج اختبار كروسكال وليس للفرضية السادسة

المتغيّر (المهنة)	عدد الأفراد	وسيط الرتب	كا ^{2}	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
طبيب	13	44.12	2.748	4	0.601
نفساني عيادي	16	44.97			
شبه طبي	20	44.30			
إداري	18	40.56			
عامل مهني	15	32.93			

من خلال الجدول والدلالة الإحصائية المسجلة يتضح لنا جليا عدم تحقق الفرضية البديلة وبالتالي نرفضها ونقبل الفرضية الصفرية ونقر بأنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفس تعزى لمتغيّر المهنة، وقد جاءت نتائج هذه الفرضية كذلك كتأكيد لما سبق توضيحه في تفسيرنا للفرضيات السابقة فتبرز مجدّدا أنّ اختلاف طبيعة المهن الموجودة بمؤسّستي الدراسة لم تخلق اختلافاً في اتجاهاتهم ممّا يوضح توحد هؤلاء الأفراد مع الجماعة المرجعية والتي هي مجتمع بيئة العمل، كما تثبت أنّ الاتصال المتبادل كان سليماً وفعالاً بين كلّ الفئات مما سهل عملية التوحد مع الجماعة، فالفرد كما أشرنا إليه سابقا حسب(Hieder) يسعى دائما إلى تحقيق التوازن مع محيطه بخلق علاقات متوازنة وثابتة وهذا بدوره يؤثّر في اتجاهات الأفراد داخل الجماعة.

عرض ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

والتي نصّت على أنه "**توجد فروق ذات دلالة إحصائية لدى العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر الجنس**"

بعد المعالجة الإحصائية باستخدام اختبار مان ويتني حصلنا على النتائج المدونة في الجدول أدناه:

جدول رقم(10) يوضح نتائج اختبار مان ويتني للفرضية السابعة

المتغيّر (الجنس)	عدد الافراد	وسيط الرتب	قيمة z	الدلالة الإحصائية
ذكر	33	36.17	- 1.666	0.096
أنثى	49	45.09		

نلاحظ من خلال الجدول رقم (10) أنّ الفروق بين الذكور والإناث لم تكن دالة إحصائياً وبالتالي نقر برفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في اتجاهات العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط نحو المرض والمريض النفسي تعزى لمتغيّر الجنس، وقد اتفقت نتائج دراستنا مع نتائج كلّ من (بركات وحسن،2006) و(أحمد،2009)، بينما اختلفت مع نتائج (عثمان،1998) والتي وجدت فروقاً دالة إحصائياً في الاتجاهات نحو المرض النفسي لصالح الإناث. ونفسر نتيجتنا بعدم وجود اختلافات في البيئة التي نشأ فيها الجنسان وكذا طبيعة عملهم فلا فرق في طبيعة الوظائف التي يشغلها الذكور والإناث ولا فرق في المهامّ أو المسؤولية والواجبات اتجاه المرضى، فالجماعة الأولية ذاتها والجماعة المرجعية ذاتها والتكوين النظري والتطبيقي ذاته والعلاقة بين العمال ذاتها، ممّا أدى إلى عدم وجود فروق في الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي لدى أفراد عيّنة الدراسة من المؤسّستين الاستشفائية والمركز الوسيط للصحّة العقلية بمدينة الأغواط .

خاتمة:

من خلال نتائج هذه الدراسة اتضح لنا وجود اتجاهات إيجابية عموماً نحو المرض والمريض النفسي لدى عيّنة الدراسة المكونة من مجموعة من العاملين في قطاع الصحّة بمدينة الأغواط ، وهذا مؤشر جيد ومشجع جدّاً للاهتمام بفئة المرضى النفسيين خاصّة الذهانيين منهم، وذلك بوضع برامج وخطط علاجية للتكفّل بهم وإشراك كلّ الأطراف المعنية داخل المؤسّسات الصحية في هذه البرامج، كما أنّه من الضروري أن نأخذ بعين الاعتبار أنه ليس كلّ المرضى بحاجة إلى استشفاء، كما قد تكون حالة الاستشفاء ما هي إلى مرحلة من مراحل العلاج، لا سيما وأن الحال في أغلب المدن الجزائرية كحال البيئة التي تمّت فيها الدراسة حيث تنعدم المؤسّسات الاستشفائية المتخصّصة في الصحّة النفسية والأمراض النفسية، وأن المؤسّسات التي تُعنى بفئة المرضى النفسيين والذهانيين بوجه خاصّ لا تتعدى المراكز الوسيطة للصحّة العقلية المتواجدة على مستوى مقر كلّ ولاية فقط، والتي تهتمّ بالفحص وبالمتابعة الدورية لهؤلاء المرضى، وبالتالي فإن التكفّل بالمريض لا يكتمل إلاّ بتدخل محيط المريض والأسرة خاصّة، وعليه فلابد من التوجه نحو توعية الأوساط العامة في المجتمع بماهية المرض والمريض النفسي وكذا أهمّية العلاج النفسي الدوائي وغير الدوائي، بالإضافة إلى تبصير محيط المريض والأسرة خاصّة بالأدوار المنوطة بهم وأهمّية تلك الأدوار في سير عملية التكفّل والعلاج.

ومن هذا المنطلق نقدم بعض الاقتراحات التي نتمنى أن تلقى صداها لدى الباحثين والعاملين في مجال الصحّة النفسية والعلاج النفسي:

1. إجراء بحوث ودراسات للكشف عن اتجاهات مختلف فئات وشرائح المجتمع نحو المرض والمريض النفسي، بدءً من الأسرة ووصولاً إلى فئات أخرى من المجتمع، وإجراء المقارنات بين هذه الفئات من حيث الاتجاهات في محاولة لرصد أدق لأكثر العوامل مساهمة في تكوين هذه الاتجاهات.
2. القيام بدراسات واسعة لرصد التصورات الاجتماعية نحو المرض والمريض النفسي والعلاج النفسي الدوائي وغير الدوائي ومدى الإقبال عليه، وهذا لدى مختلف فئات المجتمع.
3. دراسة الاتجاهات الاجتماعية نحو العلاج النفسي بنوعيه الدوائي وغير الدوائي، ومقارنة هذه الاتجاهات بالاتجاهات نحو علاج الأمراض النفسية بطرق أخرى موازية كالعلاج بالرقية الشرعية أو اللجوء إلى طرق غير مشروعة كالشعوذة وبعض الأساليب التقليدية الشائعة في البيئة الجزائرية.
4. استغلال وسائل الإعلام لتوعية المجتمع بماهية المرض والعلاج النفسي وذلك بتوفير معلومات دقيقة ومبسطة للجميع لإزالة أي غموض مرتبط بالمرض النفسي، وعدم إفساح المجال لبعض الوسائل خاصّة الإذاعة والتلفزيـــون -كما ينتشر حالياً- لبث برامج في هذا المجال لغير المتخصّصين.
5. إجراء الندوات والأيام التحسيسية وبرامج التوعية الموجهة لمختلف شرائح المجتمع من طرف أهل الاختصاص.

6. إنشاء خلية للتكوين المتواصل على مستوى المؤسّسات الصحية يشرف عليها أهل الاختصاص من أطباء وأخصائيين نفسانيين ومن لهم الخبرة العملية للتعامل مع المرضى النفسيين خاصّة الذهانيين لصالح باقي موظفي وعمال تلك المؤسّسات.
7. خلق قنوات اتصال بين المشرفين على المرضى النفسيين وذويهم وذلك بالقيام بجلسات توعية جماعية لتوضيح الصورة الحقيقية للمرض النفسي وأهمّية العلاج النفسي بنوعيه والتركيز على الدور الهامّ والفعال لأهل المريض في عملية التكفّل والعلاج.
8. إشراك أهل المريض كعنصر فاعل في تنفيذ الخطط العلاجية خاصّة من لهم صلة دائمة به.

المراجع باللغة العربية:

1. أبو النيل، محمود السيد وآخرون.(2009).**علم النفس الاجتماعي عربيا وعالميا**، ط1.القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
2. أحمد، إسماعيل أحمد.(2009)."الاتجاه نحو المرض النفسي في البيئة الفلسطينية وعلاقته ببعض المتغيّرات الأخرى" **رسالة ماجيستير غير منشورة**. غزة: الجامعة الاسلامية، كلّية التربية.
3. بركات، زياد وحسن، كفاح.(2006)."الاتجاه نحو المرض النفسي وعلاجه لدى عيّنة من الطلاب الجامعيين في شمال فلسطين"، جامعة القدس المفتوحة. ورقة بحث تمّ استرجاعها يوم 14 مارس 2015 على الساعة 22:13 من الرابط: www.qou.edu/arabic/researchProgram/.../r19_drZiadBarakat.pdf
4. حافظ، نبيل عبد الفتاح وآخرون.(2000).**علم النفس الاجتماعي**، ط1.القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
5. الخاني، محمد أحمد.(2006).**المرشد إلى فحص المريض النفساني**، ط1.بيروت: منشورات الحلبي الحقوقية.
6. راجح، خالد علي.(1998)."الاتجاهات نحو المرض والمريض النفسي وعلاقتهما بالمسؤولية الشخصية الاجتماعية وعدد من المتغيّرات النفسية لدى عيّنة من العاملين وذوي المرضى في مستشفى الصحّة النفسية بالطائف وجدّة" **رسالة ماجيستير غير منشورة**. مكة: جامعة أم القرى، كلّية التربية.
7. السيد، عبد الحليم محمود وآخرون.(2004).**علم النفس الاجتماعي المعاصر**، ط2. يتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
8. السيد، فؤاد البهيّ وعبد الرحمن، سعد.(1999).**علم النفس الاجتماعي رؤية معاصرة**. القاهرة: دار الفكر العربي.
9. سيلامي، نوربير وآخرون.(2001).**المعجم الموسوعي في علم النفس**، الجزء الثالث، ترجمة وجيه أسعد. دمشق: وزارة الثقافة.
10. الشربيني، لطفي.(ب ت).**معجم مصطلحات الطب النفسي**. مركز تعريب العلوم الصحية.

11. صديق، حسين.(2012)."الاتجاهات من منظور علم اجتماع"، **مجلة جامعة دمشق**، المجلد28، العدد3+4، جامعة دمشق، ص ص 299-322.

12. عثمان، إياد محمد.(1998)."اتجاهات طلبة جامعة النجاح الوطنية نحو المرض النفسي" **رسالة ماجيستير غير منشورة**. نابلس: جامعة النجاح الوطنية، كلّية الدراسات العليا.

13. العقباوي، أحمد شوقي وآخرون.(1999).**المرشد في الطب النفسي**. منظمة الصحّة العالمية، مكتب الشرق الأوسط.

14. عكاشة، أحمد.(ب ت).**الطب النفسي المعاصر**. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

15. علام، صلاح الدين محمود.(2000).**القياس والتقويم التربوي والنفسي أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة**، ط1.القاهرة: دار الفكر العربي.

16. لامبرت، وليم ولامبرت، وولاس إ.(1993).**علم النفس الاجتماعي**، ط2، ترجمة سلوى الملا. القاهرة: دار الشروق.

17. مقدم، عبد الحفيظ.(2003).**الإحصاء والقياس النفسي والتربوي**، ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

18. الوقفي، راضي.(2003).**مقدمة في علم النفس**، ط3. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

المراجع باللغة الأجنبية:

19. Bloch, Henriette & al.(2007).**Grand dictionnaire de la psychologie**. Paris: Larousse.

20. American Psychiatric Association.(2013).**Diagnostic and statistical manual of mental disorders** fifth edution (DSM5™).Washington: American Psychiatric publishing.

الصحّة النفسية في المؤسّسات العامّة والخاصّة

المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى الشباب البطال

دراسة ميدانية بولاية الأغواط .

د. بورقيبة داود، أ. يوسف بورزق، أ. عبد الكريم مأمون
جامعة الأغواط

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية لبحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الشباب البطال (دراسة ميدانية بمدينة الأغواط) من مستويات اجتماعية واقتصادية وثقافية مختلفة واشتملت العيّنة على (60) شاب وشابة بواقع (40 شاب) و(20 شابة).

وتمّ تطبيق أدوات البحث وهى قائمة المساندة الاجتماعية لسيد إبراهيم السمادوني (1997) تقنين بشير معمرية (2010)، ومقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة " إعداد (منظمة الصحّة العالمية) تعريب (د.بشرى إسماعيل أحمد 2008.

وقد أسفرت النتائج عن:

1. وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة لدى الشباب البطال.

2. - تختلف درجات المساندة الاجتماعية تبعاً لاختلاف الجنس (ذكور – إناث) وذلك لصالح الإناث.

3.- لا تختلف درجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف الجنس (ذكور – إناث).

4- تختلف درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي (مرتفع – متوسط – منخفض) وذلك لصالح المستوى الاقتصادي المرتفع.

Summary:

The present study aims to examine the relationship between social support and quality of life among the youth unemployment (field study in Laghouat) from different economic, cultural and social levels and included sample (60) young man and a young woman by (40 young) and (20 young) were applied research tools a list of social support for Mr Ibrahim Bashir Muammria Alsmaduna rationing, and quality of life "scale image shortcut" preparation (WHO) localization (D.bhari Ismail Ahmed 2008)

The results have resulted in:

1.The presence of correlation and statistically significant between the degrees of social support, and degrees of quality of life among the youth unemployment.

2- degrees of social support and quality of life scores vary depending on the different sex (males – females)

3- degrees of social support and different degrees of quality of life depending on the different social and economic level (high - average – low)

- مقدمة:

تمثّل قضية البطالة في الوقت الراهن إحدى المشكلات الأساسية التي تواجه معظم دول العالم العربي باختلاف مستويات تقدمها وأنظمتها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، ولعل أسوأ وأبرز سمات الأزمة الاقتصادية التي توجد في الدول العربية والنامية على حد سواء هي تفاقم مشكلة البطالة أي التزايد المستمر المطرد في عدد الأفراد القادرين على العمل والراغبين فيه والباحثين عنه دون أن يعثروا عليه.

ولا يوجد شيء أثقل على الفرد من الشعور بالحاجة المادية والمعنوية من الآخرين خاصّة عندما يكون الفرد مسئولا عن أسرة وعليه تأمين حاجاتها، كما تفيد الإحصاءات العلمية أنّ للبطالة آثارها السيّئة على الصحّة النفسية كما لها آثارها على الصحّة الجسدية.

- الإشكالية:

إن مرحلة الشباب هي العمر الحقيقي للإنسان، على أساس أنّ عمر البشر لا يحسب بعدد السنين، وإنما بعمر التجربة الحية والفاعلة في حياتهم، وهو لذلك يحذف من البشر الطفولة والشيخوخة، الأولى لأنها بلا وعي والثانية بلا قوة، وفي رأي الفيلسوف النمساوي) أريك هوم (فإن سنوات الانتظار: انتظار الشباب وانتظار الموت ليست داخلة في الحسبان، فالعمر هو ما يعيشه البشر وليس ما يتواجدون فيه مجرد تواجد على الأرض.

وخلال مرحلة الشباب قد يمر الشاب ببعض المشاكل التي تواجهه بصفة خاصّة هي مشكلة البطالة التي أصبحت تجعل الشباب في حالة من القلق والتوتر ويتجه القلق عندهم نحو المستقبل الذي يمثّل أحد أنواع القلق الذي يشكل خطورة في حياة الفرد ويتجلى في خوف من مجهول ينجم عن خبرات ماضية (وحاضرة أيضاً) يعيشها الفرد تجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر ويشعر بعدم الاستقرار وتسبب لديه هذه الحالة شيئ من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي خطير كالاكتئاب أو اضطراب نفسي عصبي خطير.

ونشير أيضاً إلى أنّ قلق المستقبل قد ينشأ عن أفكار خاطئة ولا عقلانية لدى الفرد تجعله يؤوَل الواقع من حوله وكذلك المواقف والأحداث والتفاعلات بشكل خاطئ ممّا يدفعه إلى حالة من الخوف والقلق الهائم الذي يفقده السيطرة على مشاعره وعلى أفكاره العقلانية ومن ثم عدم الأمن والاستقرار النفسي. (Charles & Rudolph , 1991 ,p 370)

ولعل من أهم الأشياء التي تجعل الشباب البطال قد يتجاوز مرحلة البطالة وجود جو من المساندة والمساعدة من طرف الأشخاص المحيطين بهم. ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كلّ الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة والأصدقاء، وليست كلّ شبكات العلاقات مساندة لأنها أحياناً تعتمد على دعم وصحّة متلقي المساندة. (Lepore: 1994 ,p 247)

أي أنّ المساندة الاجتماعية تعتمد على صحّة الفرد وسلامته النفسية، وليس على كثرة علاقاته الاجتماعية. وقد أكدت نتائج دراسة كلّ من روس وكوهين (Roos & Cohen) على أهمّية الدور البارز الذي تقوم به المساندة الاجتماعية من الأسرة في تخفيف الآثار السلبية لمواجهة الفرد للضغوط النفسية. (علي علي: 2000 ،ص 12)

كما أنّ الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنّها أقل ضغطاً عندما يشعر أنّ المساندة والمساعدة متوافرتان له ومن ثم فإنه سيتمكّن من مواجهة الحدث الضاغط بشكل إيجابي.

(أرجايل مايكل: 1993 ،ص 47)

ولهذا قد ارتبط مفهوم جودة الحياة بالمعنى السابق بمفهوم جودة الحياة النفسية كما يتمّ تدارسه في أدبيات الصحّة النفسية، فقد أصبح موضوع جودة الحياة أو جودة الصحّة النفسية في السنوات الأخيرة بؤرة تركيز الكثير من البحوث والدراسات، وتكمن جودة الحياة داخل الخبرة الذاتية للشخص، ويشير دينير ودينير إلى أنّ جودة الحياة النفسية "ببساطة شديدة تقويم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضى عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر). (Diener&Diener,1995,PP.653-663)

ثم واصل دينير وآخرون (1999) دراساته في مجال جودة الحياة النفسية مؤكّدا على أنّ جودة الحياة النفسية ترتبط بمحاولة رصد " كيف يدرك أو يقدّر الناس مختلف جوانب حياتهم النفسية ؟ على سبيل المثال إلى أي مدى يشعر الناس بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية ؟ إلى أي مدى يشعر الناس بأنّ لحياتهم الشخصية معنى وقيمة ؟ إلى أي مدى يشعر الناس بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين. (Diener et al.1999,PP. 276-302)

مشيرًا إلى أنّ هذا المنظور يسمى منظور جودة الحياة النفسية ويؤسس على ما يعرف بالصحّة النفسية الإيجابية بدلاً من التركيز على الخلل أو المرض النفسي الأمر الذي لا يتسق مع توجهات علم النفس الإيجابي.

تساؤل الدراسة:

- ما طبيعة العلاقة الموجودة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الشباب البطال ؟

الفرضيات:

1. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة لدى الشباب البطال.
2. تختلف درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف الجنس (ذكور– إناث).
3. تختلف درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي (مرتفع – متوسط – منخفض).

- أهمّية الدراسة

- تكمن أهمّية الدراسة في إبراز دور المساندة الاجتماعية في رفع مستوى جودة الحياة لدى فئة الشباب.

- معرفة الفرق في المستوى الاقتصادي والاجتماعي للشباب البطال في كلّ من المساندة الاجتماعية وجودة الحياة.

- معرفة طبيعة العلاقة الموجودة بين جودة الحياة والمساندة الاجتماعية وما هي الخدمات التي من شأنها أن ترفع من مستوياتهم.

- المفاهيم الإجرائية للدراسة:

1- المساندة الاجتماعية(Social Support)

تعرّف المساندة الاجتماعية "بأنّها وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، وهم أولئك الذين يتركون لديه انطباعاً بأنّهم في وسعهم أن يعتنوا به، وأنهم يقدّرونه ويحبونه". (Sarason et al , 1983 , 129)

والتعريف الإجرائي للمساندة الاجتماعية هو "الدرجة التي يحصل عليها الشاب البطال على مقياس المساندة الاجتماعية" للسيد إبراهيم السمادوني (1997) تقنين بشير معمرية (2011/2010).

- الشباب البطال:

في التعريف الشاسع للبطالة الذي أوصت به منظمة العمل الدولية، والذي ينصّ على أنّ " العاطل عن العمل هو ذلك الفرد الذي يكون فوق سن معيّنة بلا عمل وهو قادر على العمل وراغب فيه ويبحث عنه عند مستوى أجر سائد لكنه لا يجده "

ويعرف إجرائيا: أنّ الشخص العاطل عن العمل هو الشخص القادر على مزاولة عمل ما له قيمة اقتصادية واجتماعية ويسعى إلى الحصول عليه ولا يجده.

- الإجراءات الميدانية للدراسة:

- منهج الدراسة:

يعني منهج البحث: الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامّة **(العساف، 1995، ص90)**

اتبعنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي الذي يعنى بتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين الوقائع كما يهتم بتحديد الممارسات الشائعة والاتجاهات عند الأفراد. **(فان دالين، ترج محمد نبيل نوفل وآخرون، 1997، ص231)**

وقد ارتأينا إتباع هذا المنهج لتلائمه مع طبيعة الدراسة حيث يساعدنا المنهج الوصفي التحليلي على "وصف العلاقة بين المتغيّرات وصفا كميا، أي تحديد الدرجة التي ترتبط بها هذه المتغيّرات ببعضها البعض " **(رجاء أبو علام، 2004، ص231).**

- عيّنة الدراسة ومبررات اختيارها:

نحن بصدد دراسة جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الشباب البطال فإن اختيار هذه الفئة تحديداً قد جاء من منطلق طبيعة هذه الفئة وخصوصيتها. إذ يبدو أنّ الشباب البطال أكثر الفئات تأثراً وانفعالا بما يحيط بهم من تهديدات وأخطار في حين أنهم قد لا يملكون سلطة صنع القرار أو إحداث التغيير ومن ثم يتعرضون لأزمة الهوية حيث يجدون أنفسهم ينزعون إلى الاستقلال وتحقيق الذات كإحدى مطالب النمو في مرحلة الشباب.

تمّ إجراء الدراسة الأساسية على عيّنة قصدية من الشباب البطال الذين تقدموا لمديرية التشغيل لولاية الأغواط مكونة من 60 فرد بواقع (40 شاب) و(20) شابة .

أدوات الدراسة:

مقياس المساندة الاجتماعية: أعد هذه القائمة إبراهيم السمادوني (1997) وتتكون القائمة من 30 بندا موزعة على بعدين هما:

- بعد الأسرة وتقيسه 15 بندا. - بعد الأصدقاء وتقيسه 15 بندا.

ويجاب عنها بأسلوب تقريري وتصحح إجابات المفحوص ضمن أربعة بدائل هي: لا وتنال 0 وقليلا وتنال درجة 1 ومتوسطا وتنال الدرجة 2 . كثيرا فتنال الدرجة 3.

ولقد قام بشير معمرية بتقنين القائمة على البيئة الجزائرية واستخراج معاملات الثبات والصدق تجعلنا نستطيع تطبيق القائمة في الدراسة الحالية.

2-7- مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة World Health Organization Quality Of Life(WHO QOL – BREF)**إعداد (منظمة الصحّة العالمية / 1996) تعريب (د.بشرى إسماعيل أحمد) 2008:** يتكون من 26 بند، يتضمن بندين (2) لجودة الحياة العامّة والصحّة العامّة و24 بند موزعة على أربعة أبعاد الذي تتكون منها الصورة الأصلية لمقياس جودة الحياة والذي أعدته أيضاً منظمة الصحّة العالمية (1995، والمكون من 100 عبارة)، ويتمّ الإجابة عن البنود باختيار أحد الاختيارات الخمسة، لتصبح الصورة المختصرة شاملة ومتكاملة.

الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحثون في عرض وتحليل بيانات البحث كلّ من:

معامل الارتباط بيرسون: ويستخدم معامل ارتباط بيرسون الذي يرمز له بالرمز"ر" في حالة وجود بيانات كمية معبر عنها بالدرجات الخام. **(عبد الكريم أبو حفص، 2005، ص211)**

ويعتمد حساب معامل الارتباط بين متغيّرين من مستوى المسافات المتساوية أو من المستوى النسبي.**(فؤاد البهي السيد، 1987، ص:244).**

اختبار ت (T test): يستخدم هذا الاختبار لفحص فرضية تتعلق بالوسط الحسابي، ويجب تحقق الشرطين التاليين:

1. يجب أن يتبع توزيع المتغيّر التوزيع الطبيعي، ويستعاض عن هذا الشرط بزيادة حجم العيّنة إلى أكثر من 30 مفردة.
2. يجب أن تكون العيّنة عشوائية أي لا تعتمد مفرداتها على بعضها.

تمّ استخدامه لمعرفة الفرق بين متوسطين لعيّنتين غير مرتبطتين، كما تمّ استخدامه لإيجاد صدق أدوات القياس.

تحليل التباين: هو طريقة لاختبار معنوية الفرق بين المتوسطات لعدة عيّنات بمقارنة واحدة ويعرف أيضاً بطريقة تؤدي لتقسيم الاختلافات الكلّية لمجموعة من المشاهدات التجريبية لعدة أجزاء للتعرّف على مصدر الاختلاف بينها ولذا فالهدف هنا فحص تباين المجتمع لمعرفة مدى تساوى متوسطات المجتمع ولكن لا بد من تحقيق ثلاثة أمور قبل استخدامه وهي:

1- العيّنات عشوائية ومستقلة.

2- مجتمعات هذه العيّنات كلاً لها توزيع طبيعي.

3- تساوي تباين المجتمعات التي أخذت منها العيّنات العشوائية المستقلة.

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

- مناقشة النتائج في ضوء الفرضية الأولى:

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة لدى الشباب البطال."وبعد المعالجة الإحصائية تمّ التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (01) يوضح الارتباط بين درجات أفراد عيّنة الدراسة على مقياسي المساندة الاجتماعية وجودة الحياة

		جودة الحياة
المساندة الاجتماعية	معامل الارتباط بيرسون	0,453**
	مستوى الدلالة	0,000
	حجم العيّنة	60
.* الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا(α=0.01)		

من خلال الجدول رقم (01) أعلاه نلاحظ أنّ معامل الارتباط بين درجات أفراد عيّنة الدراسة في مقياس المساندة الاجتماعية ودرجاتهم في مقياس جودة الحياة قد بلغ 0,45 وهذه القيمة متوسطة وطردية أي أنه كلّما زادت درجات أفراد عيّنة الدراسة في مقياس المساندة الاجتماعية زادت معها درجاتهم على مقياس جودة الحياة كما أنّ هذه القيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01) بمعنى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى الشباب وبالتالي يمكن القول بأنّ قبول فرضية البحث الأولى، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

ويؤكّد الباحثون أنّ المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دوراً هامّاً في التخلص من الاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يزداد احتمال التعرض لهذه الاضطرابات كلّما نقص مقدار المساندة الاجتماعية، كما أنّها تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد. (Sarason et al :1983 , 129)

كما توصل كترونا وآخرون (Cutrona et al) إلى أنّ المساندة الاجتماعية كانت عاملاً جوهرياً للحالة الصحية الجسمية، وأن الصحّة النفسية ترتبط بالتفاعل بين الضغوط والمساندة الاجتماعية.

(محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن: 1994، 62)

من خلال هذا يتبين أنّ هناك علاقة بين المساندة الاجتماعية بإعتبارها عنصر فعال في زيادة مستوى جودة الحياة لدى الشباب البطال لأن المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأسرة والأصدقاء تجعل الشباب يعيشون بطريقة مريحة ممّا تؤثّر إيجابا على مستوى رضاهم عن الحياة وبالتالي تزيد من جودة الحياة لديهم.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

"تختلف كلّ من درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف تبعا للجنس (ذكور – إناث)."وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (02) يوضح الفروق بين الجنسين في درجاتهم على مقياسي (المساندة الاجتماعية، جودة الحياة)

الجنس		إختبار ليفين للكشف عن التجانس (F)	مستوى الدلالة	حجم العيّنة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
المساندة الاجتماعية	ذكور	0.641	0.427	35	75,42	5,952	57	-3,05	0.003	دال
	إناث			24	79,95	5,008				
جودة الحياة	ذكور	1.248	0.269	35	85,77	13,115	57	-0,79	0.431	غير دال
	إناث			24	88,70	15,167				

من خلال الجدول أعلاه رقم (02) وبالنظر إلى اختبار التجانس ليفين (F) والذي بلغ 0,64 في مقياس المساندة الاجتماعية و1.24 في مقياس جودة الحياة وهي قيمتا غير دالتان إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.05) نستنتج أنّ هناك تجانسا بين مجموعتي الذكور والإناث ممّا استدعى تطبيق اختبار(T_{test}) لعيّنتين مستقلتين متجانستين.

كما أنّ المتوسطات الحسابية والتي بلغت بالنسبة لعيّنة للذكور في مقياس المساندة الاجتماعية (75,42) وبالنسبة لعيّنة للإناث (79,95) نلاحظ أنّ هناك فرقا بينهما وهذا ما يجرنا إلى القول بأنّه توجد فروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية، وهذا ما أكدته قيمة اختبار الدلالة (T_{test}) والتي بلغت (-3,05) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.01)، وهذه الاختلافات أو

الفروق هي لصالح الإناث، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

وجاءت هذه النتيجة تتفق ماجاء به هشام عبدالله (1995) بدراسة كان من أهدافها بحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية من حيث حجمها ودرجة الرضا عنها وكلّ من الاكتئاب واليأس، وذلك لدى عيّنة من الطلبة والعاملين في المجتمع المصري، وتوصل الباحث إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المساندة الاجتماعية (الحجم والرضا والدرجة الكلّية) لصالح الإناث أي أنّ الإناث أكثر إقامة للعلاقات الإيجابية من الذكور، وبين الطلاب والعاملين في حجم المساندة الاجتماعية لصالح العاملين.

أي أنّ المساندة الاجتماعية المرتفعة قد تلعب دوراً كبيراً في خفض الاضطرابات الإكتئابية سواء كانت المرأة تخبر أو لا تخبر ضغوطاً، إذ أنّ المساندة ترفع من تقدير المرأة لذاتها وفعاليتها، أمّا إدراكها لعدم وجود مساندة اجتماعية فإنّ ذلك يشعرها بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة وتكون هنا بداية الاضطرابات الإكتئابية. (Rutter: 1990 , 182)

أمّا فيما يخص المتوسطات الحسابية للذكور في مقياس جودة الحياة فقد بلغت(85,77) وبالنسبة للإناث بلغت (88,70)، غير أنّ قيمة اختبار الدلالة (T_{test}) والتي بلغت (-0,79) جاءت غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ألفا (α=0.05) وبالتالي يمكن القول بأنّه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجاتهم على مقياس جودة الحياة، وهذا يعني أنّ الفرضية الثالثة لم تتحقق، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هي (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

ويرى الباحثون أنّ فئة الشباب يتعايشون مع نفس الظروف باختلاف جنسهم، وبالتالي فإن مدى رضاهم عن جودة الحياة يكون متقارباً جداً، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة العديد من الدراسات التي بينت عدم وجود فروق في الرضا عن جودة الحياة تعزى للجنس مثل دراسة إبراهيم (2011)، ودراسة إسماعيل (2011) ودراسة أبو العلا (2009) ودراسة مجدى (2009) والتي تشير إلى أنه لا يوجد تأثير دال لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة، ويفسر أنّ إدراك جودة الحياة يشعر بها جميع الناس سواء كانوا ذكور أو إناث، وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة العادلي (2006): على وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث من حيث مدى إحساس الطلبة بجودة الحياة، وكانت الفروق لصالح الذكور، وكذا نتائج دراسة الهادلي وكاظم (2006) والتي أشارت إلى أنّ الذكور قد حققوا درجات مرتفعة على مقياس جودة الحياة فيما يتعلق في جودة شغل الوقت وإدارته أكثر من الإناث.

هذا ما أشار إليه عبد الغفار (1995) في نتائج دراسته أنّ الذكور أكثر قدرةً على التفاعلات الاجتماعية، بينما الإناث يمكن أن يملن إلى الانطوائية والتقوقع حول الذات ويمكن أن يكون للأهل

دورا في ذلك، ومن ثم قد تجد صعوبة الأنثى في التوافق ممّا يؤثّر على جودة الحياة وبينما بينت نتائج دراسة "عبد الحميد (2008) أنّ مستوى الرضا عن الحياة كان أعلى لدى الذكور. ويعزو الباحثون ارتفاع مستوى الطمأنينة والاستقرار النفسي لدى الشباب الذكور مقارنة بالإناث إلى طبيعة العادات والتقاليد الثقافية السائدة في المجتمع والتي تتيح مجالاً أوسع للذكور.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثالثة:

"تختلف كلّ من درجات المساندة الاجتماعية ودرجات جودة الحياة تبعاً لاختلاف تبعا المستوى الاقتصادي والاجتماعي(مرتفع – متوسط – منخفض)."وبعد المعالجة الإحصائية تمّ التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (03) يوضح الفرق بين أفراد عيّنة الدراسة في درجاتهم على مقياسي (المساندة الاجتماعية، جودة الحياة) حسب المستوى الاقتصادي والاجتماعي

مصدر التباين		مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة	القرار
المساندة الاجتماعية	بين المجموعات	448,732	2	224,366	7,73	0,001	دال
	داخل المجموعات	1624,929	56	29,017			
	الكلّي	2073,661	58				
جودة الحياة	بين المجموعات	6343,746	2	3171,873	36,11	0,000	دال
	داخل المجموعات	4918,186	56	87,825			
	الكلّي	11261,932	58				

من خلال الجدول رقم(03) نلاحظ أنّ الفرق بين أفراد عيّنة الدراسة في درجاتهم على مقياسي (المساندة الاجتماعية، جودة الحياة) تبعا لمتغيّر المستوى الاقتصادي والاجتماعي هو فرق واضح، وهذا ما أكدته قيمتا (F) والتي بلغتا 7,73 في مقياس المساندة الاجتماعية، و36,11 في مقياس جودة الحياة، وهما قيمتان دالتان إحصائيا عند مستوى الدلالة (α=0.01)، ونسبة التأكد من هذه القيمة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة1%.

وبما أنّ اختبار الدلالة الإحصائية (F) لا يحدد لصالح من الفروق في حالة ما إذا كانت الفروق دالة كما في هذه الحالة فإننا نلجأ إلى استخدام معامل الشيفي (Scheffe) وهذا لتحديد لصالح من الفروق وهذا ما يبينه الجدول رقم (04) حيث نلاحظ أنّ متوسط الفروقات كانت لصالح أفراد عيّنة الدراسة الذين كان مستواهم الاقتصادي والاجتماعي مرتفعا.

الجدول رقم (04) يوضح المقارنات البعدية بهدف تحديد لصالح من الفروق					
المساندة وجودة الحياة		معامل الشيفيه للمقارنات البعدية			
المستوى الاقتصادي والاجتماعي(I)		المستوى الاقتصادي والاجتماعي(J)	متوسط الفروقات (I-J)	الخطأ المعياري	مستوى الدلالة
المساندة الاجتماعية	منخفضة	متوسطة	-0,17143	1,93150	0,996
		مرتفعة	-6,61429*	2,23031	0,017
	متوسطة	منخفضة	,17143	2,23031	0,996
		مرتفعة	-6,44286*	2,23031	0,002
	مرتفعة	منخفضة	6,61429*	2,23031	0,017
		متوسطة	6,44286*	1,70343	0,002
جودة الحياة	منخفضة	متوسطة	-4,17143	3,36032	0,468
		مرتفعة	-27,35714*	3,88016	0,000
	متوسطة	منخفضة	4,17143	3,36032	0,468
		مرتفعة	-23,18571*	2,96352	0,000
	مرتفعة	منخفضة	27,35714*	3,88016	0,000
		متوسطة	23,18571*	2,96352	0,000
*.متوسطات الفروق دالة عند (α=0.05)					

ويعزو الباحثون وجود الفروق في درجات جودة الحياة والمساندة الاجتماعية لدى الشباب البطال، إلى أنّ أصحاب المستوى المرتفع اقتصاديا واجتماعيا قد يتميزون عن متوسطي ومنخفضي المستوى الاقتصادي والاجتماعي، في عدة أشياء منها قدرتهم على تحمّل أعباء الحياة، وكذلك قدرتهم على الانتقال وحرية التنقل، والانفتاح على العالم الخارجي المحيط، وإقامة علاقات اجتماعية.

- التوصيات:

في ضوء ما أسفرت عليه نتائج الدراسة يمكن أن نقدم بعض التوصيات ما يلي:

1- تهيئة الظروف المادية والنفسية والاجتماعية لرفع من مستوى جودة الحياة لدى الشباب البطال.

2- التأكيد على أهمّية دور المساندة الاجتماعية للشباب البطال في التخفيف من بعض الاضطرابات النفسية.

3_ زيادة فاعلية المساندة الاجتماعية للشباب من قبل الأسرة والأصدقاء حتى يتسنى لهم ممارسة حياتهم بفعالية أكبر.

4_ الاهتمام بالخدمات النفسية الاجتماعية المقدمة للشباب البطال باعتبارهم عنصر هامّ وفعال له تأثير في المجتمع.

5_ أهمّية معرفة الشباب بالخدمات التي من شأنها رفع مستوى جودة الحياة لديهم، ممّا يؤدي إلى زيادة قدرتهم على السيطرة على المشكلات النفسية والتخفيف من الآثار الناجمة منها.

المراجـع:

1- أبو علام رجاء محمود (2004): مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية، دار النشر للجامعات القاهرة، مصر.

2- أرجايل مايكل (1993): سيكولوجية السعادة، ترجمة فيصل يونس، العدد (175)، سلسلة عالم المعرفة الكويت.

3- البهي، فؤاد (1987): علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، الطبعة الثالثة، القاهرة، دار الفكر العربي.

4- العساف صالح بن محمد (1995): دليل الباحث في العلوم السلوكية، مكتبة العبيكيان، الرياض، السعودية

5- عبد الكريم بوحفص (2005): الإحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والإنسانية ،ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.

6- علي علي (2000): المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات مجلة الدراسات النفسية، المجلد (7)، العدد (2)، رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية ،القاهرة.

7- فان دالين ديوبولد ،ب،فان دالين، ترج محمد نبيل نوفل وآخرون،(2003): مناهج البحث فيالتربية وعلم النفس ،مكتبة أنجلو مصرية القاهرة.

8- محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن (1994): المساندة الاجتماعية والصحّة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

المراجع الاجنبية:

9 -Charles H. & Rudolph M. (1991) life stressors , personal and social resources. And depression: a 4years structural model. Journal of abnormal psychology. Vol (100). No (1).

10-Diener,E., & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self esteem. Journal of Personality and Social Psychology.

11-Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. E. (1999). Subjective well-being:Three decades of progress. Psychological Bulletin.

12- Lepore S. (1994) social support encyclopedia of human behavior. Vol (4).

13- Sarason I , & Sarason B, (1983) experimentally provided social support Journal of personality and social psychology , Vol (50)

14 - Rutter M. (1990) psychological resilience and protective mechanisms in j rolf. A Masten. D Cicchetti. K Nuechte Lein & S Weintraub. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge university press .

واقع التّكفّل النفسي بمؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة بالأغواط

مدرستي الصمّ والمكفوفين

أ. بن يطو جلول ، أ. عبد الباقي بن بوقرين

جامعة الأغواط

الملخص:

يهدف البحث الحالي التعرّف على واقع التكفّل النفسي بمؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة المتمدرسين بالأغواط ، من خلال فهم هذا الواقع النفسي وذلك حسب آراء جميع المختصين النفسانيين العاملين في مدرستي الصم والمكفوفين، وتمّ التحقق من أهداف الدراسة من خلال استخدام المقابلة الموجهة وتحليل المحتوى للوقوف على النتائج التي حققتها المراكز التي تعنى بالتكفّل والتعليم، في الجانب النفسي ومدى توافق الفئة المتكفّل بها، اجتماعيا، وبيئيا، وشخصيا، في ولاية الأغواط .

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أنّ ضعف التكفّل النفسي الذي هو جزء من التكفّل العامّ في مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة، لا يتناسب مع الأهمّية التي يتمتّع بها، فلا يزال التكفّل النفسي بذوي الاحتياجات الخاصّة لا يتسم بالفعالية رغم المجهودات المعتبرة التي تقدمها الدولة والعاملين على حد السواء.

الكلمات المفتاحية: التكفّل النفسي، ذوي الاحتياجات الخاصّة، التربية الخاصّة.

Abstract

This research aims at identifying the reality of psychological care in schools of persons with disabilities through understanding the psychological fact according to all point views of working educators in deaf and unseeing persons' schools. The objectives of the study have been verified through using structured interviews and content analysis to stand up on the results that have been realized in these centers.

The results were as follows: there is a weak care in these schools of persons with disabilities in contrary with the importance of this sector. The psychological care is still in his primitive stage of development, there is no effectiveness even though the progress that has been made by state and educators.

Keywords: psychological care, persons with disabilities, special education.

مقدمة:

تحظى قضايا واحتياجات المعاقين باهتمام مختلف دول العالم، ولقد أكدت الدراسات العلمية في مجال رعاية المعاقين أنهم يعانون أكثر من غيرهم من مشكلات عديدة مثل المشكلات الاجتماعية المتمثّلة في اتجاهات الناس نحوهم ونحو عاهاتهم المتنوّعة والمشكلات الأسرية من حيث نظرة الأسرة والأقارب لهم خصوصاً الوالدين عند النظر إلى عاهة أو إعاقة نجلهم على أنّها عقاب من الله، وهناك مشكلات تربوية، فهم يحتاجون إلى توفير الإمكانات والأجهزة والتي تعينهم على المواصلة مشوار التعليم والتأهيل وهناك المشكلات الانفعالية مثل إحساسهم بعدم الرضا والسخط على حالهم والإحساس الدائم بالإحباط، وكذلك فإدراكهم لذاتهم ضعيف(فهمي،2009، ص.2) ويتطلب هذا ضرورة العمل على وضع خطط وبرامج تستهدف هذه الفئة وتوفير أوجه الرعاية التي تكفّل لهم حياة كريمة مستقرة، والعمل على دمجهم في المجتمع للمساهمة في تحقيق أهدافه وهو ما أكَّدت عليه الدراسات العلمية، حيثُ أشارت إلى أنَّ المعاق في حاجةٍ إلى نظامِ رعايةٍ شامل يكفل له الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية، ويكفل له المشاركة في عملِّيات التنمية والاستفادة منه، بما يتناسب مع إمكانياته الجسمية وقدراته العقلية، حتى يستطيع أنْ يُسهم في النشاط الاجتماعي والاقتصادي.

وللمعاق ظروفٌ خاصّةٌ يجب علينا مراعاتها؛ حتى نتمكّن من التعامل معه، فهناك مجموعة من التغييرات التي تُصاحب هذه الإعاقة، والتي تنعكس بدورها على الحالة النفسية والصحية له؛ حيث ترتبط المشكلات النفسية الاجتماعية للمعاق في عدم إتاحة الفرصة لهم للمشاركة والتكيُّف مع الوضع الجديد الذين وُجِدوا فيه؛ فيشعرون بالقلق على المستقبل، والخوف من الانهيار، والشعور بعدم جدوى الحياة، كما يشعرون بالوحدة، والعزلة والاغتراب؛ ممّا يُؤّدي إلى اليأس والاكتئاب.

أمّا بخصوص المشكلات النفسية الخاصّة فهي تخص كلّ فئة دون الأخرى، فالمشكلات التي يعاني منها أصحاب فقدان البصر كلّيا أو جزئيا تختلف عن المشكلات التي يعاني منها أصحاب الصم أو ضعاف السمع، وانطلاقا من كلّ هذا يمكن لنا أن نطرح التساؤلات الآتية:

– ما هي الأساليب وطرق التكفّل وسبل الوقاية من المشكلات النفسية الاجتماعية لدى الفئة الخاصّة بالجزائر؟

- كيف تسير عملية التكفّل النفسي داخل مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة من خلال أراء العاملين بها؟

أهداف الدراسة:

1- محاولة لشرح وتوضيح كيفية سير عملية التكفّل داخل المدارس الخاصّة التي تهتمّ بالتكفّل بهذه الفئة. والاهتمام بسيكولوجية المعوقين على المستوى الوقائي والعلاجي للفئة الخاصّة من الاضطرابات النفسية بأشكالها ومستوياتها المختلفة.

2- فهم الوضع النفسي الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصّة المتمدرسين.

3- الخروج برؤى واضحة وتوصيات عملية تحاول تقديم معالجات عميقة للأبعاد المتعلقة بالتكفّل النفسي في المؤسّسات الخاصّة بذوي الاحتياجات.

حدود الدراسة

تحددت هذه الدراسة في مدينة الأغواط على مؤسّستين تهتم بالتكفّل ورعاية وتعليم المعاقين وهما: مدرسة المعاقين بصريا ومدرسة الصم والبكم، ولقد جرت هذه الدراسة في شهر مارس من سنة 2015.

مفاهيم الدراسة:

مفاهيم حول الإعاقة والتربية الخاصّة:

- تعريف ذوي الاحتياجات الخاصّة:

هم فئة من الأفراد يختلفون عن العامّة في صفاتهم وقدراتهم العقلية أو الجسدية أو البدنية أو الانفعالية والسلوكية ممّا يجعلهم في حاجة إلى تدخل ومساعدة من الأسر والمجتمع لتوفير أساليب وإمكانات خاصّة تعمل على دعم تكيفهم مع المجتمع، ويدخل في نطاق هذه الفئة من يطلق عليهم المعاقين، وكذلك من يتمتّعون بقدرات وإمكانات عقلية وحسية وبدنية فائقة ومتميزة وبموهبة فطرية خلاقة.(هادف، 2014، ص. 29).

- تعريف الإعاقة:

هي الظرف المعوق للشخص الناتج عن ضعف أو عجز الذي يحد أو يمنع إنجاز الوظائف التي تعتبر طبيعية(حسب عمره وجنسه وحالته الاجتماعية والثقافية) لهذا الشخص. وهكذا فإن الإعاقة تمثّل التفاعل والتكيف مع البيئة المحيطة للشخص(فهمي، 2009، ص.10)

- تعريف التربية الخاصّة:

هي جملة من الأساليب التعليمية المنظمة؛ التي تتضمن وضعاً تعليمياً خاصّ، ومواد ومعدات خاصّة، أو مكيفة، وطرائق تربوية خاصّة، وإجراءات علاجية تهدف إلى مساعدة الأطفال من ذوي

الاحتياجات الخاصّة في تحقيق الحد الأقصى الممكن من الكفاية الذاتية- الشخصية والنجاح الأكاديمي (الخطيب،1994، ص24).

وهي سائر الخدمات التربوية غير المعتادة التي تستخدم في إطار العملية التعليمية متضمنة التعديلات التي يتمّ إدخالها على المنهج التعليمي العادي – بكامله أو في جزء منه- ليلاءم طبيعة كلّ فئة من الفئات الخاصّة من حيث نوعيته- إيجابا كان أم سلباً ودرجة شدته- بسيطة او متوسطة ام حادة وذلك لتمكين المعلمين من القيام بدورهم بفعالية مع كلّ فئة(فحجان، 2010، ص 81).

-مفهوم التكفّل النفسي:

إن عمل الأخصائي النفسي مع الحالات الخاصّة ضمن فئة ذوي الاحتياجات الخاصّة، يمثّل فقط جزءاً من التكفّل والاهتمام الذي يقع على عاتقه، لان تحقيق تكفّل شامل يتطلب تنسيق دقيق بين عناصر عملية التكفل، وإعداد البرامج الخاصّة لهم، ومرونة ووعي باحتياجات الفئات الخاصّة، كما أنّ لكلّ فئة خصوصيتها التي تميزها عن غيرها، ومعروف أنهم يحتاجون أكثر من غيرهم لمن يمد لهم يد العون ويساعدهم على الاندماج بشكل سليم بالمجتمع.

أجمعت نتائج الدراسات التى أجريت على الأطفال المكفوفين على وجود اضطرابات في مختلف قطاعات النمو المختلفة وامتدت الاضطرابات وبلغت في شدتها حد الذواتية Autistic لدى بعض الأطفال(السيد،2002، ص73).

وقد جاءت الدراسات التي أجراها كلّ من Fraiberg and Freedman (1964) و(شاس) (1972) والمراجعة التي أجراها (وارين) (1977) للدراسات السابقة حول هذا الموضوع لتؤكّد جميعها على أنّ الاضطرابات الانفعالية تعتبر أكثر انتشاراً بين المعاقين بصرياً بسبب التليف خلف العدسية عن غيرهم من المبصرين(سيسالم، 1997، ص. 85).

ولقد توصلت نتائج البحوث والدراسات السابقة من أنّ البرامج الموجهة لهؤلاء الأطفال أثبتت كفاءتها وفاعليتها في تنشيط قدراتهم العقلية وتحسين مستوى كفاءتهم الشخصية والاجتماعية وتمكينهم من الانخراط في علاقات وتفاعلات اجتماعية مثمرة مع أقرانهم من العاديين (أبوغنيمة، 2011، ص.226). لذلك فأن التكفّل النفسي للمعاق يكون ضمن خطة مدروسة ورؤية شاملة، لأن الإعاقة تفرض ذلك.

أدوات جمع المعلمات:

i. المقابلة:

استخدم الباحثان المقابلة الموجهة(من تصميم الباحثين) كأداة رئيسية لجمع المعلومات، وتتكون المقابلة من (20) عشرين سؤالا، ومن خمس محاور تغطي عمل الأخصائي النفسي وعملية التكفّل النفسي، وهي كالآتي:

1- الإحالة
2- التشخيص والتصنيف والعلاج
3- مصادر المعلومات وتكييف الاختبارات.
4- التكوين النظري والإعداد التطبيقي وإشكالية بيئة العميل.
5- الصعوبات التي تواجه عملية التكفل

تحليل المحتوى:

تحليل المراسيم والتعليمات التي تنظم وتوجه عملية التكفّل النفسي داخل مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة (مدرسة الصم، ومدرسة المكفوفين) بولاية الأغواط .

عيّنة الدراسة:

تتمثّل عيّنة الدراسة في جميع المختصين النفسانيين العاملين في مدرستي الصم والمكفوفين، وبلغت (8) مفردات موزع حسب الاختصاص والمؤسّسة كما تظهر في الجدول الآتي:

الاختصاص	مدرسة المكفوفين	مدرسة الصم
النفساني العيادي	2	1
النفساني التربوي	1	1
النفساني في تصحيح النطق والتعبير اللغوي	1	2

نلاحظ من الجدول أنه لا يوجد المنسق النفساني في كلا المدرستين رغم أهمّية هذا المنصب في عملية التكفّل النفسي.

عملية التكفّل بالطفل المعاق في مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة

يتمّ التكفّل النفسي بالطفل المعاق في المؤسّسات لذوي الاحتياجات الخاصّة في الجزائر من طرف:

- النفساني العيادي؛
- النفساني التربوي؛
- النفساني في تصحيح النطق والتعبير اللغوي؛
- المنسق النفساني.

وكلّ طرف له مهامّ محددة في عملية التكفل، وتحدد مهامّ العيادي* بـ

- تطبيق الروائز النفسية وتفسيرها والقيام بالتشخيص النفسي وإبداء الرأي العيادي حسب الحالة؛
- ضمان المتابعة الفردية أو الجماعية للأشخاص المعنيين؛
- المشاركة في اجتماعات فريق التكفّل المتعدد الاختصاصات وفي اللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسّسة؛
- المشاركة في التكفّل بضحايا الصدمات النفسية الناجمة عن أسباب مختلفة؛
- ضمان الفحص الخارجي للأشخاص الذين تتوفر فيهم شروط القبول بالمؤسّسة؛
- ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفّل بهم بالمؤسّسة.

ويكلّف النفسانيين التربويين* بما يأتي

- تقييم النتائج المتحصّل عليها لدى الأشخاص المتكفّل بهم بواسطة روائز ملائمة واقتراح التصحيحات الضرورية؛
- المشاركة في اجتماعات فريق التكفّل المتعدد الاختصاصات واللجنة أو المجلس النفسي التربوي للمؤسّسة؛
- المشاركة في تصور الدعائم التربوية والتعليمية وإنجازها؛
- مساعدة مستخدمي التعليم والتربية وإعادة التربية وإعادة التكييف المهني في تحضير برامجهم و/أو تقديم الاستشارة لهم؛
- ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفّل بهم بالمؤسّسة.

أمّا مهامّ الأخصائي النفسي في تصحيح النطق والتعبير اللغوي يحدد* بالأتي:

- ضمان كلّ النشاطات الوقائية والعلاجية في مجال النطق والتعبير اللغوي؛
- القيام بإعادة تقويم الصوت والتعبير اللغوي وتقييم النتائج المتحصّل عليها بواسطة روائز الخاصّة؛
- المشاركة في إعداد البرامج البيداغوجية وتنفيذها؛
- المشاركة في اجتماعات فريق التكفّل المتعدد الاختصاصات وفي اللجنة أو المجلس النفسي البيداغوجي للمؤسّسة؛

- ضمان مرافقة عائلات الأشخاص المتكفّل بهم بالمؤسّسة.

ويكلّف المنسقون النفسانيون بالمهامّ الآتية:

- ضمان تنسيق النشاطات النفسية البيداغوجية؛
- مراقبة ومتابعة التكفّل النفسي البيداغوجي للأشخاص المستقبلين وكذا إعادة إدماجهم الاجتماعي المهني؛
- تنسيق نشاطات الوقاية والتحسين والإعلام والتوجيه المنظمة لفائدة عائلات الأشخاص المتكفّل بهم؛
- ضمان التجانس في تطبيق برامج التكفّل النفسي البيداغوجي؛
- القيام بالدراسات وإعداد التقارير والحصائل الدورية المتعلقة بالتكفّل النفسي البيداغوجي بالمقيمين؛
- تأطير وتنظيم وتنشيط الملتقيات والأيام الدراسية.

ممّا سبق نلاحظ أنّ المشرع الجزائري أكد على أنّ عملية التكفّل النفسي داخل المؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة هو عمل جماعي منظم، ولذلك فلكلّ مؤسّسة خاصّة برنامج مؤسّساتي تبني عليه عملية التكفل، حيث تحدد الأهداف القصيرة وبعيدة المدى لهذه الأخيرة. ومن العناصر المهمة في أنجاح عملية التكفل، المربي المتخصّص الذي لا يمكن الاستغناء عليه داخل ديناماكية الفرقة النفسية البيداغوجية، حيث أنّ دوره في عملية التكفّل مهم جداً ومن مهامّه:

- تطوير نشاطات اليقظة لفائدة الأطفال بالتنسيق مع النفسانيين ومستخدمي التأطير التقني المعنيين؛
- تحفيز الإبداع لدى الأطفال وتشجيع استقلاليتهم وتحسين سلوكهم الاجتماعي بالتنسيق مع أعضاء الفريق المتعدد الاختصاصات؛
- الملاحظة وكشف السلوك الشاذ والتعرّف علي حاجات الطفل وتحليلها؛
- المشاركة في تطبيق البرنامج النفسي المعد من طرف الفرقة البيداغوجية؛
- بناء أفواج متناسقة بالرغم من متغيّر الفروق الفردية .
- تنمية قدرات الطفل واستعداداته من خلال زيادة مدارك المعاق العقلية وتفتح ذهنه إلى الكثير من أمور الحياة؛

- توسيع شبكة علاقات الطفل مع أقرانه داخل الفوج، ومساعدته على التكيف والاندماج مع الآخرين من خلال تكوين علاقات صداقة وتعارف؛
- بعث الحياة الاجتماعية للطفل وتنقيتها؛
- تطوير علاقات الثقة مع الأولياء وعائلات الأشخاص المتكفّل بهم

كلّ المهامّ السابقة إذا ما تمّت من طرف جميع المختصين وبتنسيق تام في ما بينهم سوف تؤدي إلى الاتي:

- تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والبيئي.
- تحقيق الاستقلالية وتحقيق الإدماج الاجتماعي
- التكيف مع الإعاقة.
-. تنشئة اجتماعية صحية.
- تكوين علاقات إيجابية مع الذات والمحيط الاجتماعي.

عرض ومناقشة النتائج

عرض نتائج السؤال الأول

بعد تحليل المراسيم والتعليمات التي تنظم وتوجه عملية التكفّل النفسي داخل مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة نستنتج أن:

التكفّل النفسي داخل المؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة هو عمل جماعي منظم يقوم به جميع أعضاء الفرقة البيداغوجية ضمن خطط وبرامج، ولذلك فلكلّ مؤسّسة خاصّة برنامج مؤسّساتي تبني عليه عملية التكفل، حيث تحدد الأهداف القصيرة وبعيدة المدى لهذه الأخيرة. وكلّ عضو من الفرقة يعتبر عنصراً مهم في إنجاح عملية التكفل، وهذا بتنسيق جميع الجهود.

عرض نتائج السؤال الثاني

بعد تحليل المقابلات والنصوص القانونية التي بحوزتنا يمكن أن نلخص النتائج في العناصر الآتية:

✓ التكفّل النفسي يكون للحالات التي تظهر عليها شذوذ في السلوك واضطرابات محددة ومصنفة مثل: فرط الحركة، التبول اللاإرادي، العرة..، وتحقيق نتائج مُرضية في هذا الشأن.

✓ تتسم عملية التكفّل النفسي بالفردية، والاجتهادات الشخصية والتلقائية، وعدم التنسيق بين الجهود.

✓ المربي المتخصّص والمعلم المتخصّص لهما دور كبير في إحالة الطفل للأخصائي النفسي بعد ملاحظة السلوك الشاذ.

✓ عمل الأخصائي بشكل رئسي في المكتب المخصص له.

✓ توجد وسائل وتقنيات التشخيص والعلاج ولكنها قليلة جداً وغير مكيفة.

✓ الاعتماد على المقابلة والملاحظة بشكل كبير.

✓ يوجد تقاسم للأدوار بين أعضاء الفرقة البيداغوجية في عملية التكفّل (النفسي، الاجتماعي، التربوي، الطبي، اللغوي)، تنسيق ضعيف بين الأدوار.

✓ القوانين التي تحكم مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة تكلّف الأخصائي النفسي بعملية التكفّل النفسي للتلاميذ، أمّا عمل الفرقة البيداغوجية في هذا المجال يترك لاجتهادات المدراء.

✓ صعوبة جمع المعلومات عن الحالة من المحيط الأسري، وذلك بإخفاء المعلومات أو عدم الحضور أصلاً لمقابلة الأخصائي النفسي؛ نهيك عن عدم تطبيق التعليمات وعدم تباع الإرشادات النفسية المقدمة من الطرف الأخصائي النفسي، هذا ما يؤدي إلى عدم نجاعة العلاج أو انتكاسة العميل.

✓ لاتوجد سياسية واضحة لربط مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة مع الجامعة

يمكن أن نستخلص من هذه النتائج العناصر الآتية:

➢ عمل الأخصائي النفسي في مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة يقتصر على تصحيح السلوك الشاذ، ولا يوجد عمل كفرقة في مجال التكفّل النفسي، أي لا يوجد مشروع مؤسّساتي تبني عليه عملية التكفّل النفسي، حيث تحدد الأهداف القصيرة وبعيدة المدى لهذه الأخيرة؛ ويعتبر كلّ عضو من الفرقة البيداغوجية عنصر من عناصر المشروع المؤسّساتي لتحقيق النتائج المرجوة لعملية التكفّل النفسي.

➢ عدم وجود منسق نفساني داخل الفرقة البيداغوجية، يؤدي إلى غياب التنسيق في عملية التكفّل برمتها ويضعف من فاعليتها؛

➢ أن تقاسم للأدوار بين أعضاء الفرقة البيداغوجية في عملية التكفّل (النفسي، الاجتماعي، التربوي، الطبي، اللغوي)، وغياب التنسيق بين الأدوار، يشير ذلك على أنّ عملية التكفّل النفسي تحكمها أساليب إدارية ويغيب عنها الجانب التقني والعلمي.

➢ في إطار الفحص النفسي، يستخدم الأخصائي الوسائل التي تسمح له بتحصيل شامل ودقيق بشأن الحالة. يستخدم الأخصائي هذه التقنيات للحصول على بيانات أكثر دقة وموضوعية. وتخضع

الاختبارات النفسية لشروط الموضوعية والصدق والثبات والتقنين. إلاّ أنّ من أهم المشكلات التي تعاني منها هذه الاختبارات تكمن في عدم إمكانية تطبيقها كلّها بنجاعة كاملة مع ذوي الاحتياجات الخاصّة. ويبقى التحدي الأكبر الذي يواجه الأخصائي النفساني كامن في عدم تكييف هذه الوسائل.

➢ عدم تعاون الأسر والأولياء مع المؤسّسات التي تتكفّل بأبنائهم يسبب مشكلة كبيرة ويعيق السير الحسن للمؤسّسة، وقد يهدم كلّ ما أنجز ولن تصل إلى الأهداف القصيرة وبعيدة المدى لهذه الأخيرة

أن ضعف هذا الجانب من جوانب التكفّل في مؤسّسات ذوي الاحتياجات الخاصّة، لا يتناسب مع الأهمّية التي يتمتّع بها، فلا زال التكفّل النفسي بذوي الاحتياجات الخاصّة لا يتسم بالفعالية رغم المجهودات المعتبرة التي تقدمها الدولة والعاملين على حد السواء؛ إنَّ مجمل الإمكانيات التي كرستها الدولة لصالح فئة المعاقين والكوادر المؤهلة التي تزخر بها مؤسّساتنا كفيلة لرفع التحدي، ولتحقيق هذه الأهداف يتطلب مرونة وتنسيق والاستعانة بمختلف الجهات التي يمكن أن تساعد في رفع مستوى التكفّل النفسي اتجاه هذه الفئة لإعادة بعث الأمل في نفوس هؤلاء وإدماجهم في الحياة العامّة. والقضاء على الحاجز النفسي وهو الجانب الذي يبقى محل دراسة وبحث من طرف مختلف الفاعلين في هذا المجال لإيجاد طرق التكفّل الفعالة بهذه الفئة من ذوي الاحتياجات الخاصّة.

توصيات

- العمل على وضع خطط وبرامج تستهدف هذه الفئة وتوفير أوجه الرعاية التي تشمل جميع جوانب حياة المعاق، وعدم الاكتفاء بالحالات فقط، لأن الإعاقة تفرض ذلك؛
- تحتاج أغلب الاختبارات النفسية لأن تدرس من طرف فرق البحث في مختلف المخابر المتخصّصة، لتكييفها مع خصوصيات كلّ فئة، وحينها تصبح ناجعة عند استعمالها بعد التدرب عليها وإتقان العمل بها؛
- التنسيق بين جميع أعضاء الفرق البيداغوجية، وهذا بتعيّن منسق نفساني؛
- العمل على إيجاد رؤية واضحة وسياسة فعالة لتنسيق بين المؤسّسة والجامعة؛
- يجب أن يبنى محتوي الدورات التكوينية بما يتوافق مع عملية التكفّل النفسي، وهذا لجميع أعضاء الفرقة البيداغوجية ولا يكون مقتصراً على الأخصائيين النفسانيين.

- المراجع:

- أبوغنيمة، عادل يوسف(2011)، التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصّة القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع، مصر.

- الخطيب جمال والحديدي منى (1994)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصّة، الشارقة: مطبعة المعارف، الإمارات العربية المتحدة.

- السيد، خالد عبد الرزاق (2002)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصّة، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.

- سيسالم، كمال سالم (1997)، المعاقون بصرياً، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية، مصر.

- فحجان سامي خليل (2010)، التوافق المهني والمسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بمرونة الأنا لدى معلمي التربية الخاصّة، ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية بغزة.

- فهمي السيد علي (2009)، سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصّة، الازاريط: دار الجامعة الجديدة، مصر.

- هادف، نجاة ساسي (2014)، دور التكوين المهني في تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصّة، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع غير منشورة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

* الجريدة الرسمية، العدد 64 المؤرخ في 8 نوفمبر سنة 2009.

واقع الصحّة النفسية لدى الأطفال في ضوء بعض الحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية.

- دراسة ميدانية على أطفال بعض الأسر في ولاية الأغواط -

د.سلامي باهي، أ.قرينات بن شهرة

جامعة الأغواط

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرّف على واقع الصحّة النفسية لدى الأطفال في ضوء بعض الحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية وعلاقة هذه الحقوق بكلّ من، الجنس ومكان الاقامة، ولتحقيق ذلك طوَرت أداة لقياس درجة تمتّع هؤلاء الأطفال بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية في المجتمع تتوفر فيها شروط الصدق والثبات المناسبة وتمّ توزيعها على عيّنة مكونة من (90) طفل (بولاية الأغواط)، وكشفت نتائج الدراسة عن أنّ درجة تمتّع هؤلاء الأطفال بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية في المجتمع كانت ضمن درجة (غالباً)، كما بيَنت الدراسة أيضاً أنّ هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في درجة تمتّع بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية تبعاً لمتغيّر الجنس لصالح الذكور ومكان الإقامة لصالح القرية.

Abstract

This study aimed to identify the reality of mental health among children in light of some of the psychological, social and educational rights and the relationship of these rights both, sex, place of residence To achieve this, developed a tool to measure the degree of enjoyment of these children the psychological, social and educational rights in the community where the terms of honesty and appropriate consistency and are available was distributed to a sample of (90) children (state of Laghouat), it revealed the results of the study on the degree of enjoyment of these children the psychological, social and educational rights in the community was part of the degree of (often), as the study also showed that there are differences statistically significant differences in the degree of enjoyment psychological social and educational rights depending on the variable in favor of male sex and place of residence for the benefit of the village.

تعتبر الصحّة النفسية مثلها مثل الصحّة الجسدية لا تظهر فجأة كما أنّها لا تختل فجأة، وإنما هي مفهوم نمائي تبدأ أساسياتها في التكوين مع بداية الحياة , فكلّ ما نتعرض له من خبرات ومواقف سواء كانت إيجابية أو سلبية في كلّ مرحلة من مراحل العمر يسهم بقدر ما في مدى تحقيق صحتنا

النفسية أو اختلالها، والصحّة النفسية للطفل لا تتحقق إلاّ من خلال أسرة تتمتّع هي ذاتها بالصحّة النفسية.

وتعتبر الطفولة مرحلة من مراحل السنوات التطورية التي تبدأ من مرحلة الوضع وتستمر إلى غاية البلوغ، وهي مرحلة حتمية يمر بها كلّ مولود بشري، حيث ينمو وينشأ ويتطور فيها جسميا وفيزيولوجيا، حسيا، حركيا، عقلياً، نفسياً، اجتماعياً ودينياً في أسرته وفي محيطه الاجتماعي الذي يعيش فيه، وقد حظيت مرحلة الطفولة بكثير من البحوث والدراسات من طرف الباحثين لكون هذه المرحلة كثيرا ما تصادف مشكلات مختلفة تعيق نموه النفسي لذا يرى الباحث **محمد السيد عبد الرحمان** أنّ هذه المرحلة " تعد فترة انتقالية حرجة يتعرض مسار النمو فيها إلى العديد من المشكلات التي تحول دون اشباع مطالبها وتحقيق أكثر قدر من التوافق النفسي، فهي مرحلة تثبيت لكلّ مظاهر النمو السابقة، واستعداد وتأهب لظهور خصائص جديدة في المراحل اللاحقة " **(عبد اللاوي السعدية ، 2012ص02)**

إن الصحّة النفسية تهدف إلى التكيف السليم مع الذات ومع البيئة وهذا يشير بأنّ نجاح الأسرة في زرع الثقة بالنفس والتفاؤل وحب العمل التعاوني والجماعي والتفوق العلمي لدى الأطفال كلّ هذا يقلد المجتمع والأسرة معا وسام النجاح في بناء الشخصيات السليمة لأطفالهم، ومتى صح الود بين الآباء والأمهات صحت تربية البنين والبنات، فلا بد من شعور الأطفال بأنّ الواحد منهم جاء إلى جو مفعم بالحب والحنان والمؤانسة والاحترام في البيت، وأن البيت واحة عامرة بالود والنعيم ولذلك كان رسول الله صلى الله عليه وسلم يعامل الصبية كلّهم معاملة ملها رحمة ومودة ورقة وتلطف بهم، وكان يلوم على القسوة والجمود، وتعلمنا الدراسة الإكلينيكية وكثير منها الدراسات تتبعية أنّ البيوت التي يغشاها الود والتفاهم القائمان على الثقة والاحترام، والتي تحفظ بتوازن جميل بين القيد والحرية هي البيوت التي يخرج منها الأصحاء الأسوياء من الراشدين والأطفال، ويؤكّد العالم الفرنسي "ألبرت مونتنا" (Albert Montana) على أهمّية دور الأسرة في الصحّة النفسية وعلى رأسها الأم في العطف والحنان مع طفلها، إذ يقول لقد لاحظت أنّ الأطفال الذين يتمتّعون بروح قيادية وصحّة نفسية هم في معظم الاحيان من أسر متفاهمة تسودها روح الحب. **(عبد الباري محمد داود،2004ص ص 81-82)**

إشكالية الدراسة:

جاءت هذه الدراسة للوقوف على حقيقة الصحّة النفسية لأطفالنا من خلال الحقوق التي تكفلها الأسرة من جهة وعلى رأسها الأبوين، وكذا الحقوق الاجتماعية التي هي على عاتق المجتمع ككلّ من جهة أخرى، وكذا الوسط التربوي وهذا بدوره يعطي مؤشرا للأولياء في مدى تمتّع الأطفال بحقوقهم كاملة في بناء توافقهم النفسي والاجتماعي والدراسي في إطار ما يسمى بالصحّة النفسية.

ومشاكل الأطفال تظهر أكثر في حياتهم اليومية من خلال سلوكياتهم وتصرفاتهم سواء مع أوليائهم وأحيانا مع تعاملاتهم في المجتمع، فكثيرا ما تؤدي المشكلات النفسية التي يعاني منها إلى القيام بتصرفات غير مقبولة كالسلوك العدواني مثلا، فشخصية الطفل تكون حسب نوعية التربية التي يتلاقها في كلّ من الأسرة والمجتمع باعتبارها الحاضنة الأولى له. **(عبد اللاوي السعدية، مرجع سابق، ص02)**

إن الإشكالية العلائقية الموجودة بين الآباء والأبناء وتأثيرها السلبي على الصحّة النفسية للأطفال في بعدها النفسي والتربوي تؤدي في أغلب الحالات إلى اضطراب هذه العلاقة دون قصد فالوالدين بدافع فطرى يريدان السعادة والنجاح لأبنائهما، ولكنهما أحيانا يفقدان الطريق الصحيح عن غير قصد فيتورطان في الإفراط أو التفريط وتكون النتيجة في الحالتين اضطرابا نفسيا في الطفل ومما يزيد الأمر صعوبة في بيئتنا الجنوبية، إنّ اضطراب العلاقة بين الآباء والأبناء يظل تحت غطاء ساتر طوال الوقت ولا ينكشف لعوامل كثيرة كغياب ثقافة العلاج النفسي في مناطق الجنوب عامّة ومنطقة الأغواط خاصّة إلاّ في ظروف شديدة الخصوصية كالعلاج النفسي الداوئي , أمّا في غير هذه الظروف فإن الأبناء - غالبا - لا يبدون ولا تظهر عليهم مشكلات الصحّة النفسية وهم في حالة الوعى العادي لتداخل هذه المشكلات مع طبيعة المشكلات النفسية التي تترتب عن مرحلة من مراحل النمو العادية – كالمراهقة - أمّا الآباء فإن لديهم اعتقاد بأنهم قدموا أفضل ما عندهم لأطفالهم ولكن تمرد الأطفال وعصيانهم للأوامر هو الذى جعلهم في حالة اضطراب والذي حال في كثير من الأحيان دون تمتّعهم بحقوقهم كاملة سواء كانت هذه الحقوق نفسية او اجتماعية أو تربوية.

وللوقوف على حقيقة تمتّع هؤلاء الأطفال بحقوقهم التربوية والنفسية والاجتماعية لابد من اجراء دراسة ميدانية نستفتي فيها الأطفال في مدى تمتّعهم بحقوقهم كاملة ما يضمن لهم تمتّعهم بصحّة نفسية تليق بمستواهم العمري والزمني من أجل تحقيق شخصية متزنة، كما جاءت هذه الدراسة لتبصير أولياء الأمور من الآباء والأمهات في مدى أهمّية هذه الحقوق، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لسد النقص في هذا الميدان – حسب علم الباحث – وتكشف عن واقع الصحّة النفسية لدى أطفال أسر ولاية الأغواط .

-أسئلة الدراسة:

أ-ما مستوى تمتّع أطفال أسر الأغواط بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية ؟.

ب- هل توجد فروق دال احصائيا في درجة تمتّع الأطفال بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية باختلاف الجنس ؟

ج- هل توجد فروق دال احصائيا في درجة تمتّع الأطفال بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية باختلاف مكان الإقامة؟

فرضيات الدراسة:

أ- يوجد مؤشر مرتفع في مدى تمتّع أطفال أسر الأغواط بصحّة نفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية.

ب- توجد فروق دال احصائيا في درجة تمتّع الأطفال بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية باختلاف الجنس.

ج- توجد فروق دال احصائيا في درجة تمتّع الأطفال بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية باختلاف مكان الإقامة.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مؤشرات الصحّة النفسية لدى أطفال أسر ولاية الأغواط وذلك من خلال معرفة مدى تمتّعهم بالحقوق النفسية، والاجتماعية، والتربوية ومعرفة دلالة الفروق في درجات هذه الحقوق تبعا للمتغيّرات: الجنس ومكان الإقامة.

- معرفة مستوى الصحّة النفسية لأطفال أسر ولاية الأغواط .

- الكشف عن العلاقة القائمة بين الأسرة وأبنائهم ومدى تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والتكيف المدرسي كمظهر من مظاهر الصحّة النفسية للطفل.

- الوقوف على الحقوق التي تقدمها الأسرة الملقاة على عاتقها في توفير بيئة أسرية ملائمة تضمن تحقيق مستوى من الصحّة النفسية.

أهمّية الدراسة:

تكمن أهمّية الدراسة في أهمّية الموضوع الذي تتناوله، وذلك لكي تتمكّن مؤسّسات التنشئة الاجتماعية وعلى رأسها الأسرة من القيام بتلك الوظيفة الهامّة لابد وأن تكون هي ذاتها متمتّعة بصحّة نفسية جيدة كما سبق وأن أشرنا وتكمن الأهمّية كالآتي:

الأهمّية النظرية وتتمثّل فيما يلي:

- ندرة الدراسات المحلية في هذا الموضوع والبحوث التي تناولت واقع الصحّة النفسية لدى الأطفال بولاية الأغواط على – حسب علم الباحث-.

- تزويد المكتبة الجزائرية بدراسة في أحد المجالات المهمة وهي الصحّة النفسية لدى الأطفال.

- قد تغيّر نتائج الدراسة الحالية في التعرّف على واقع الصحية النفسية لدى الأطفال بولاية الأغواط .
- قد يصبح هذا البحث نواة لدراسات أخرى في مجال الصحّة النفسية.

الأهمّية التطبيقية وتتمثّل في:

- تطوير دور المختصين في ميدان التربية الخاصّة في التصدي للمشكلات الصحّة النفسية.
- قد يساعد البحث الآباء على اتخاذ القرارات المناسبة لمواجهة أهم المشكلات التي قد تعترض الأطفال في سبيل تمتّعهم بصحّة نفسية عالية في ظل حقوقهم كاملة.

المفاهيم الأساسية للدراسة:

تحديد المفاهيم والمصطلحات العلمية أمر مهم وضروري في الدراسات العلمية وكلّما كان تحديد دقيقاً واضحاً سهل على القرّاء الذين يهتمون بمجال الدراسة إدراك المعاني التي يريد الباحث التعبير عنها دون أن يختلفوا في فهم ما يقوله الباحث.

ونحن في هذا الدراسة نحاول التعرّف على بعض المفاهيم التي تتعلق أو لها علاقة بالدراسة وهي كالآتي:

الصحّة النفسية:

يعرفها (**عبد العزيز القوصي، 1956ص06**)، بأنّها "هي التوافق التام أو التكامل بين الوظائف النفسية المختلفة مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ على الانسان ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية ".

هي جملة من المؤشرات التي قد يتمتّع بها الفرد والتي تساعده على توافقه النفسي وحسن التوافق مع بيئته ويمكن إجماليا فيما يلي: الشعور بالكفاءة والثقة بالنفس، المقدرة على التفاعل الاجتماعي، النضج الانفعالي والمقدرة على ضبط النفس، المقدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مشبعة، التحرر من الأعراض العصابية، البعد الإنساني والقيمي في تقبل الذات. **(صولي إيمان، 2013ص10)**

ويقصد **الباحث** بمفهوم الصحّة النفسية في هي جملة من المؤشرات (النفسية والاجتماعية والتربوية) التي قد يتمتّع بها الطفل والتي تساعده على توافقه النفسي وحسن التوافق مع بيئته وأسرته.

الطفل:

يعرف الطفل وفقاً للمادة الأولى من مشروع اتفاقية الأمم المتحدة على أنّه:

هو كلّ إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه، وأمّا الطفولة فتعرّف على أنّها مرحلة لا يتحمّل فيها الإنسان مسئوليات الحياة متعمدا على

الأبوين وذوي القربى في إشباع حاجته العضوية وعلى المدرسة في الرعاية للحياة، وتمتد زمنياً من الميلاد وحتى قرب نهاية العقد الثاني من العمر، وهي المرحلة الأولى لتكوين ونمو الشخصية وهي مرحلة للضبط والسيطرة والتوجيه التربوي.(www.alukah.net)

ويقصد **الباحث** بمفهوم "الأطفال "في دراستنا هي مرحلة الطفولة المتأخرة باستبعاد مرحلة الطفولة المتوسطة، أي أننا نتناول لأطفال الذين تتراوح أعمارهم من السنة 9 وإلى السن 12 وتكون الدراسة تتناول الأطفال في مستوى الخامسة أو الأولى متوسط، حسب السلم التعليمي في الجزائر وفقا للأداة المعدة لهم.

الحقوق التربوية:

ونقصد به كلّ ما يتعلق بالعملية التعليمية والتربوية على نحو سواء وتشمل تعليمهم الآداب الدينية والتشجيع على مواصلة تعليمهم توفير الأجواء المناسبة في المدرسة واستخدام أسلوب التربية بالحوار والقصّة مثلا. **(تيسير محمد الخوالدة وآخرون، 2010، ص 117)**

الحقوق الاجتماعية:

وتشمل كلّ الاحتياجات التي تساعد الطفل على تنمية العادات الاجتماعية السليمة، وكلّ ما من شأنه أن يساعد في عملية التفاعل الاجتماعي بشكل سليم وذلك بتوفير الاحتياجات التي تتعلق بالطفل (الغذاء والصحة، الغذاء.....).

الحقوق النفسية:

ونقصد به كلّ ما يحتاجه الطفل في اشباع حاجاته النفسية من عطف وحنان ورعاية من طرف الوالدين خصوصا، ومن طرف الأسرة عموما، وتنبيه بالرفق واللين وتوجيهم بشكل سليم عند الخطأ أو عند صدور منهم تصرفات غير لائقة.

الدراسات السابقة:

درا سة ماريان (Marian, 2000): هدفت إلى معرفة حقوق الأطفال المدنية والتربوية في هولندا، وجرى استخدام الاستبانة لتحقيق هدف الدراسة، وشملت عيّنة الدراسة مجموعة من الأطفال في المرحلة الثانوية، وجاءت أبرز النتائج مشيرة إلى أنَّ ممارسة الأطفال في المرحلة الثانوية في هولندا لحقوقهم المدنية والتربوية كانت عالية.

دراسة كيلكيللي (Kilkelly,2007): هدفت إلى الكشف عن العوائق التي تحول دون تمتّع الأطفال الايرلنديين بحقوقهم، واستخدمت الدراسة الأسلوب المنهج التحليلي وذلك بجمع الدراسات السابقة، وأظهرت نتائج الدراسة أنه يتم تجاهل الأطفال بدرجة كبيرة في الناحية السياسية والقانونية وعملية صنع القرار بسبب نقص المؤسّسات السياسية التي تستمع لآراء الأطفال، وغياب الهيئات التي تنسق

عملية حصول الأطفال على حقوقهم، ولم يتم حماية واضحة لحقوق الأطفال في الدستور الايرلندي، وأظهرت النتائج أنّ هناك غيابا تاما للخدمات المساندة للأطفال وبخاصّة حالات الصحّة العقلية، والانهيار الأسري وصحّة المراهقين بما في ذلك المعالجة من المخدرات، وأنّ الأطفال يتمتّعون بحقوقهم الكاملة وخصوصا في الرعاية المبكرة والتعليم، والجوانب النفسية. **(تيسير محمد الخوالدة وآخرون، 2010، ص ص 112،113)**

دراسة عبد الرحمان العيسوي (2002): التي كان الهدف منها التعرّف على الفروق التي ترجع العوامل الآتية السن والجنس والمستوى التعليمي والفروق بين الاضطرابات السيكوسوماتية حيث طبقت الدراسة على (661) طالبا جامعيا، ومن أهم النتائج التي توصل إليها أنَّ الشباب الذين يقطنون بالحضر أكثر تعرضا من زملائهم الذين يقطنون بالريف وهذا بسبب الحياة في المدينة وما يصاحبها من توترات وقلق سواء على مستوى الآباء وأو الأبناء. **(عبد اللاوي السعدية، مرجع سابق، ص79)**

دراسة تيسير محمد الخوالدة وآخرون (2010) : هدفت هذه الدراسة إلى التعرّف إلى درجة تمتّع درجة تمتّع الأطفال في الأسر الأردنية، بحقوقهم التربوية والثقافية والنفسية والاجتماعية والمدنية وتعرّف دلالة الفروق بين الحقوق تبعا لمتغيّرات، الجنس، الكلّية، مكان السكن، دخل الأسرة وتكون مجتمع الدراسة من الأطفال في الأسر الأردنية من أعمار (17و18) سنة، الدراسين في الصفين الأول ثانوي والثاني الثانوي في المدراس الأردنية في خمس محافظات، وأظهرت النتائج درجة تمتّع الاطفال في الاسر الأردنية بشكل عامّ مرتفع، وجاء المجال الاجتماعي والمدني في المرتبة الأولى، ويليه المجال التربوي والنفسي ثم في المرتبة الرابعة المجال الثقافي كما أظهرت النتائج وجود فروق لدى الجنسين لصالح الإناث، كما أشارت الدراسة إلى وجود فروق في السكن لصالح المدينة كما أوجدت الدراسة فروق في دخل الأسرة لصالح الأسر ذوي الدخل المرتفع. **(مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2010، ص 110)**

دراسة استور وغيرا وفان (2010): حيث تؤكّد على أنَّ المدارس التي تفتقر إلى البناء الأسري والمعايير والعلاقات المساندة هي أكثر عرضة لتفاقم العنف وارتفاع معدلات التغيب وانخفاض مستوى الإنجاز الأكاديمي، وفي نفس المعنى يرى(بيدروكريس) (2012) بأنّ تركيب العلاقات الدافئة والمشجعة من قبل الكبار من شأنها رفع مستوى احترام الذات وتخفض خطر الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وتساهم في رفع مستوى التحصيل الدراسي والإنجاز الأكاديمي وتعديل السلوك والصحّة النفسية. (Debarbieux, et autres, 2012 pp 2-10)

دراسة استور وغيرا وفان (2010): وهي تحت عنوان " الفروق بين الجنسين في المشكلات النفسية" وطبقها على عيّنة تتكون من (231) بنت (238) ولد، من الصف الخامس والسادس في استراليا، حيث قسم العيّنة إلى أربع مجموعات حسب السن والجنس، وتم الكشف عن (77) مشكلة أسرية ونفسية،

وكانت المشكلات الاجتماعية والأسرية والدراسية هي الأكثر المشكلات شيوعا، كما أوضحت أنَّ مشكلات الإناث أكثر من الذكور، إذ ركز على المشكلات المنزلية للبنات، أمّا الذكور تركزت مشكلاتهم على العلاقة بين الاصدقاء والرفاق. **(عبد اللاوي السعدية، مرجع سابق، ص12)**

دراسة الزبيدي والهزاع (1997): وفي التي هدفت لبناء مقياس لقياس الصحّة النفسية ومعرفة دلالة الفروق بين الذكور والإناث لمقياس الصحّة النفسية لعيّنة من طلبة الجامعة، وطبق عليهم مقياس الصحّة النفسية المعد من قبل الباحثان، وبعد تحليل البيانات إحصائيا باستخدام معامل الارتباط والوسط الحسابي والاختبار التائي لعيّنتين مستقلتين، أظهرت النتائج بأنّ طلبة الجامعة يعانون من ضغوط نفسية التي تشكل لهم أزمات نفسية ومستوى صحّة نفسية منخفض، ولا يوجد فروق بالصحّة النفسية لدى كلّ من الذكور والإناث.www.shatharat.net)

دراسة أمال محمود (2003): هدفت الدراسة إلى التعرّف على بعض الخصائص النفسية والسلوكية لبعض الأطفال المساءة معاملتهم، ومعرفة الفروق في هذه الخصائص باختلاف نوع الإساءة النفسية والجسدية، والمستوى الاقتصادي، الاجتماعي والمستوى التعليمي للوالدين وظروفهم الأسرية، وتألفت عيّنة الدراسة من (30) طفل من الذكور العادين (160) طفل مساء إليه، وتراوحت أعمارهم ما بين 9-12 سنة وشملت عيّنة الأطفال المساء معاملتهم كأسر تعاني من الطلاق والمشاحنات الأسرية وإدمان الوالدين، واستخدمت مقياس مركزية الذات، ومقياس وجهة الضبط ومقياس الحالة المزاجية من إعداد الباحثة، وأظهرت النتائج أنَّ الأطفال المساء معاملتهم يعنون من اضطرابات مزاجية (قلق واكتئاب) وأنه توجد فروق ذات دلالة بين الأطفال المساء معاملتهم وفق نوع الإساءة الجسدية أو النفسية لصالح الأطفال المساء معاملتهم بدنيا، ولا توجد تفاعلات ثنائية أو ثلاثية بين نوع الإساءة والمستوى الاقتصادي والتعليمي للوالدين مع متغيّر الدراسة. **(يحي محمود النجار،2009،ص96)**

منهج الدراسة:

اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي لوصف وتحليل المتغيّرات التابعة والمتغيّرات المستقلة وذلك عن طريق استخدام استبانة التعرّف على (درجة تمتّع الأطفال بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية)، والذي يحاول الباحث من خلالها التعرّف على أهم الحقوق التي يتمتّع بها هؤلاء الأطفال ومعرفة مستويات الصحّة النفسية لديهم وذلك باستخدام المنهج الوصفي.

وصف أداة الدراسة:

اعتمد الباحثان على مقياس" درجة التمتّع الأطفال بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية " والهدف منه التحقق من الفرضيات المتبناة في الدراسة، وكان من إعداد الباحثون (تيسير الخوالدة أكرم أبو إسماعيل، صدام دراوشة) والّذين قاموا بإعداده وقد تكونت الأداة بصورتها النهائية من

جزأين رئيسين هما، الجزء الأول والذي يتضمن معلومات شخصية تتعلق بالمستجيب، والجزء الثاني الذي يتضمن فقرات المقياس الموزعة على أربع مجالات، وأعطي لكلّ فقرة من الفقرات وزنا مدرجا وفق سلم" ليكرت" الخماسي لتقدير درجة التمتّع لكلّ فقرة، والتي تعبر في مجموعها عن درجات التمتّع الأطفال في الأسر الأردنية بحقوقهم.

صدق المقياس:

للتأكدّ من صدق المقياس، قام الباحثان بعرضه على سبعة محكمين من حملة شهادة الدكتوراه في علم النفس، والتوجيه والإرشاد والقياس النفسي، والأدب العربي، حيث طلب منهم إبداء الرأي في فقرات المقياس من حيث مدى سلامة الفقرة لغوياً، ومدى انتمائها إلى المجال وبعد أن جمع الباحث فقرات المقياس المحكمة قام بمراجعة التعديلات والافتراضات التي أشار إليها المحكمون على أداة الدراسة، وتم حذف كلّ من المجالين المدني والثقافي والديني وتم الإبقاء على المجال النفسي والتربوي والاجتماعي وهذا ما يخدم اجراءات الدراسة المشار إليه آنفا والتدريج المستخدم في تقييم المتوسطات الحسابية لأداء على فقرات الاستبانة وجاءت كالتالي:

جدول (1): **يوضح فئة المتوسطات المستخدمة في مفتاح التصحيح لأداة البحث.**

مفتاح التصحيح	فئة المتوسطات	الدرجة
1	1.7991-	لم يحدث
2	2.599 -1.88	نادراً
3	3.399 - 2.60	أحياناً
4	4.199- 3.40	غالباً
5	5.0-4.2	دائماً

ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات أداة استخدمت طريقة الاختبار وإعادة الاختبار (test- retest) وتم توزيع الأداة المعدلة على (20) طفلاً من خارج عيّنة الدراسة وإعادة تطبيقها عليهم بعد مضي (15)، وبعد ذلك جرى احتساب معامل الثبات باستخدام معامل ارتباط بيرسون , وبلغت قيمة معامل الارتباط الكلّي أداة الدراسة (0.79) وهذا يمثّل ثباتا مرتفع، أمّا بالنسبة للأساليب للإحصائية فقد اعتمد الباحث في معالجته للبيانات إحصائيا على برنامج (SPSS) النسخة (18).

عيّنة الدراسة:

تتمثّل أفراد عيّنة البحث في (الأطفال) البالغ عددهم (90) موزّعين على النحو التالي (30) طفلا ببلدية الأغواط ، (20) طفلا بدائرة حاسي الرمل، (20) طفلا ببلدية حاسي الدلاعة، (20) طفلا ببلدية الجديدة بليل، وتم اختيار العيّنة بطريقة العشوائية.

جدول (2): **يوضح توزيع عدد أفراد العيّنة على الأسر والبلديات.**

المنطقة	عدد الأسر	عدد الذكور	عدد الإناث
بلدية حاسي الدلاعة	13	14	06
بلدية بليل	11	12	08
بلدية الأغواط	16	17	13
دائرة حاسي الرمل	13	09	11
المجموع	**53**	**52**	**38**

إجراءات تطبيق الدراسة:

بعد المعالجة الإحصائية للتأكد من ثبات الأداة المستخدمة في الدراسة تم توزيع الاستبيانات على عيّنة الدراسة وكانت الانطلاقة من بلدية حاسي الدلاعة بحكم قربها من إقامة الباحث، ثم كان التطبيق تباعاً في البلديات الأخرى وتم توزيع الاستبيانات على العيّنة من الأطفال وتم شرح الاستبانة (بوجود الباحث) للأطفال وكيفية الإجابة على بدائل الاستبانة وهي (لم يحدث، نادراً أحيانًا غالباً، دائمًا) وتم شرح بعض المفردات التي قد تبدو مبهمة لدى بعض الأطفال وتوضيح لأسر الأطفال بأنّ هدفها البحث العلمي فقط وأن تكون الإجابة بدقة وموضوعية، وتم الاستعانة بأسر بعض الأطفال أثناء جمع المعلومات، حيث كان هناك صعوبة كبيرة في إقناع بعض الأطفال- العيّنة - بالإجابة على الاستبانة.

-عرض وتفسير نتائج الدراسة:

-عرض وتفسير نتائج الفرضية الأولى:

وكان نصّ التساؤل الأول كالتالي: ما مستوى تمتّع أطفال أسر الأغواط بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية ؟.

جدول(3): **يوضح مستوى تمتّع أطفال أسر الأغواط بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية**

الرقم	البعد	التوسط الحسابي	الترتيب	المستوى
1	البعد الاجتماعي	3.67	1	مرتفعة
2	البعد النفسي	3.41	2	مرتفعة

3	**البعد التربوي**	2.84	3	**متوسطة**
الدرجة الكلّية للمتوسط الحسابي العامّ		**3.30**		**متوسطة**

بعد أن قام الباحث باستخدام المتوسط الحسابي، يظهر من الجدول أعلاه أنَّ درجة تمتّع الأطفال بصحّة نفسية في ضوء حقوقهم بشكل كانت عامّ متوسط، ومنه لم تتحقق الفرضية في كون مستوى الصحّة النفسية في الفرضية مرتفع، إذ بلغ المتوسط العامّ الحسابي الكلّي (**3.30**)، حيث جاء في المرتبة الأولى البعد الاجتماعي بمتوسط الحسابي قدره (**3.67**) ثم في المرتبة الثانية البعد النفسي بمتوسط حسابي قدره (**3.41**) وفي المرتبة الاخيرة المتوسط حسابي قدره (**2.84**) وهذا ما يشير أنَّ أغلب الاجابات كانت ضمن درجة أحيانا وفق للمتوسط الحسابي العامّ.

ومنه نستنتج أنَّ أغلب الإجابات كانت ضمن درجة" غالبا "في **البعد الاجتماعي**، وهذا مؤشر على ارتفاع مستوى الصحّة النفسية لدى الأطفال وتمثّلت في العبارة التي جاءت في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي قدره (4.50) وهي "سعي والداي إلي تنمية العادات الاجتماعية الطيبة لدي ومساعدة الآخرين والمشاركة في الأفراح والأتراح وتهاني العيد " وهذا ما يفسر طبيعة المجتمع الجنوبي في التكافل الاجتماعي في التسارع للعمل الخير ومرد ذلك إلى انتشار المدارس القرآنية في ترسيخ تعاليم الدين لدى الأطفال ممّا ينعكس على تربيتهم وهذا ما ينصّ عليه ديننا الحنيف وما أكده **(تيسير محمد الخوالدة وآخرون**، 2010**)** في دراستهم" أنَّ الدين الإسلامي الحنيف يحث على منح الأطفال حقوقهم بصورة كاملة غير منقوصة فالآيات القرآنية والأحاديث النبوية الشريفة تحث على ذلك سواء كان في حق اختيار اسم مناسب أم الحق في العيش الكريم"

كما تعتبر الأسرة هي النواة الحقيقية في تكوين المجتمع وتهيئتها أمر واجب مطلوب وخلق جو من الحرية والحوار من شأنه أنَّ يدعم أسس الصحّة النفسية للطفل وهذا ما نستنتجه في عبارة " يحرص والدي على مشاركتي في القرارات العائلية الهامّة " الذي كانت ضمن درجة" دائما" وجاءت بمتوسط حسابي قدره (4.30) ويرى **(كلير فهيم، 1990ص157)** " أنَّ الجو العائلي الهانئ الذي تسوده روح المحبة والتفاهم والتعاون بين جميع الأفراد من شأنه أن يعزز الصحّة النفسية لدى الطفل ويعطيه شعورا بالاطمئنان والثقة بالنفس ويحميه من القلق والاضطراب النفسي، والعلاقة بين الوالدين يجب أن تكون في حالة وفاق ومبنية على الاحترام المتبادل والتعاون على حل المشكلات الحياة ويجب أن يكون لكلّ فرد من أفراد الأسرة قيمته واعتباره بدون تفضيل أحدهما على الآخر وهذا من شأنه أن يعزز المهارة الاجتماعية متمثّلة في مهارة التواصل في مراحله القادمة ".

إذن الصحّة النفسية تؤدي إلى تماسك المجتمع فالأطفال المتمتّعين بالصحّة النفسية يتسمون بالتعاون وتكوين علاقات مع الآخرين والانسجام معهم ممّا يجعلهم يدا واحدة أمام المشكلات التي تهدد مجتمعهم، ويبذلون أقصى جهد بروح الفريق لتحقيق الازدهار والتطور.

وجاءت نتائج هذه الدراسة متفقة مع دراسة تيسير محمد الخوالدة وآخرون، (2010)،التي أشارت إلى أنَّ درجة تمتّع الأطفال في الأسر الأردنية الاجتماعية جاءت مرتفعة ومرد ذلك إلى نمط التربية السائدة في المجتمع الأردني في حين جاءت هذه الدراسة تتعارض مع دراسة كيلكيللي (Kilkelly,2007) التي هدفت إلى الكشف عن العوائق التي تحول دون تمتّع الأطفال الايرلنديين بحقوقهم وأظهرت نتائج أظهرت النتائج أنَّ هناك غيابا تاما للخدمات المساندة للأطفال، والانهيار الأسري وصحّة المراهقين بما في ذلك المعالجة من المخدرات.

كما أظهرت النتائج في **البعد النفسي** الذي جاء في المرتبة الثانية وتشير أغلب الاجابات كانت ضمن درجة "غالبا" بمتوسط حسابي قدره (3.41) وهذا مؤشر على ارتفاع درجة التمتّع بالصحّة النفسية مقارنة مع الحقوق النفسية التي يتمتّعون بها وتجسد ذلك في عبارة " يعاملني والدي بالحب والرحمة " التي كانت ضمن درجة "دائما" بمتوسط حسابي قدره (4.20) ضمن البعد النفسي الذي والذي يعتبر مؤشر على ارتفاع الصحّة النفسية لدى الأطفال إذ يعتبر الحب هو الغذاء النفسي والحب المستنير الواعي الذي يبعث على الاطمئنان وينمو على الاتزان والقفة بالنفس هادئا من عجب وخيلاء وهذا ما أشارت إليه **(صولي إيمان، نفس المرجع، ص10)** بقولها "ومن دلائل الصحّة النفسية للطفل هو الشعور بالسعادة والراحة النفسية وحاضر سعيد ومستقبل مشرق واستغلال والاستفادة من مسا رات الحياة اليومية، واشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور بالأمن، الطمأنينة، الثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها، ونمو مفهوم موجب لذات وتقدير الذات حق قدرها".

ويعزى ذلك إلى تماسك الأسر الأغواط ية في بث روح الثقة بالنفس في نفوس أبنائهم في تحقيق اشباع الحاجات النفسية لديهم وذلك بإعطائهم حقوقهم من حب ورعاية، ونجد هذه الدراسة تتفق مع دراسة كيلكيللي (Kilkelly,2007) التي هدفت إلى الكشف عن العوائق التي تحول دون تمتّع الأطفال الايرلنديين بحقوقهم وأظهرت نتائج أظهرت النتائج أنَّ الأطفال يتمتّعون بحقوقهم الكاملة وخصوصا في الرعاية المبكرة والتعليم، والجوانب النفسية، كما جاءت متطابقة مع دراسة

تيسير محمد الخوالدة وآخرون، (2010)،التي أشارت إلى أنَّ درجة تمتّع الأطفال في الأسر في البعد النفسي جاءت مرتفعة وهذا مؤشر على ارتفاع مستوى الصحّة النفسية في المجتمع الأغواط ي.

في حين جاءت النتائج في البعد **التربوي** ضمن درجة" أحيانا " أي درجة التمتّع بالصحّة النفسية في الوسط المدرسي بدرجة متوسطة بمتوسط حسابي قدره (2.84)، مقارنة بالبعد الاجتماعي والنفسي، وذلك ما يلحظ في جل العبارات المتعلقة بالجانب التربوي كانت ضمن درجة "نادرا" أو "أحيانا" مثل "يتابع والدي مستواي الدراسي مع إدارة المدرسة والمعلمين " التي كانت ضمن درجة "نادرا" بمتوسط حسابي قدره (2.60)وهذا ما يوحي إلى غياب المتابعة الوالدية ممّا يؤثّر على تحصيله الدراسي ويكون عرضة إلى التأنيب والعقاب وهذا ما يؤثّر على صحته النفسية ودخوله في دائرة القلق الذي يعد عامل مهم في الاضطرابات النفسية حيث يرى **(عبد الله السهمي 2003،ص10)** في دراسته في العلاقة بين"تقدير الذات من جهة والقلق والتحصيل الد راسي من جهة أخرى" أي أنه هناك علاقة سالبة بين تقدير الذات والقلق من جهة والتحصيل الدراسي من جهة أخرى، أي كلّما زاد القلق انخفض مستوى تقدير الذات مع انخفاض مستوى التحصيل الدراسي، وكذا نجد عبارة "يوفر لي والدي الجو المناسب للدراسة " جاءت ضمن درجة "نادرا" بمتوسط حسابي قدره (2.10) يوحي غياب المناخ الأسري المساعد في الدراسة، ولأن مستوى الصحّة النفسية يرتبط ارتباطا وثيقا بتوفر مناخ الأسري ملائم، إذا كان المناخ الذي يشمل جملة العلاقات الإنسانية التي تجمع بين كلّ فرد من أفراد الأسرة ناهيك عن المناخ المدرسي من مدير، معلمين، مساعدين تربويين، أعضاء الإدارة المدرسية والتلاميذ من جهة أخرى.

وتتماشى نتائج دراستنا مع دراسة استور وغيرا وفان (2010) حيث تؤكّد على أنَّ المدارس التي تفتقر إلى البناء الأسري والمعايير والعلاقات المساندة هي أكثر عرضة لتفاقم العنف وارتفاع معدلات التغيب وانخفاض مستوى الإنجاز الأكاديمي والصحّة النفسية، كما جاءت النتائج عكس ما توصل إليه تيسير محمد الخوالدة وآخرون، (2010) أنَّ درجة تمتّع في الحقوق التربوية في الاسر الاردنية كانت مرتفعة، أمّا فيما يخص الأسر المجتمع الأغواط ي جاءت منخفضة ومرد ذلك – في نظر الباحث- إلى عدة أسباب يمكن أن نذكر منها جماعة الرفاق داخل المدرسة بالدرجة الأولى كونها الجماعة التي يقضي الطفل معظم وقته معهم، ولها تأثير كبير على النمو النفسي والاجتماعي لديه، فهو لا يشعر بمكانته الحقيقة إلاّ بهم في ظل غياب المراقبة الأسرية وخاصّة إذا ما تحدثنا عن مرحلة الطفولة المتأخرة فهي مرحلة حرجة انتقالية فسيولوجية ونفسية بين الطفولة والرشد أو كما يسميها "**هول**" مرحلة ميلاد جديدة.

-عرض وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

وكان نصّ التساؤل كالتالي: هل توجد فروق دال احصائيا في درجة تمتّع الأطفال بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية باختلاف الجنس ؟

ذكور	إناث	مستوى الدلالة	اختبار T (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة

العدد	52	العدد	38				
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	0.050	1.983	88	دالة إحصائياً
100.73	8.679	97.15	8.102				

من خلال التحليل الإحصائي باستخدام اختبار (T) للعيّنات المستقلة الغير المتساوية أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا لصالح الذكور ومنه تحققت الفرضية، ويرجع الباحث ذلك إلى طبيعة المجتمع الجنوبي الريفي في تفضيل الذكر على الانثى، كما أرجعها إلى النمط المعيشي للجنسين وطبيعة التنشئة الاجتماعية، وأن النظرة المجتمعية للفرد الجزائري عموما والمجتمع الجنوبي خاصّة يرى في الذكر- الطفل- هو الذي يحمل اسم العائلة فيما بعد، وهو رب العائلة والمسئول في إدارة الأمور الحياتية كما أرى (من وجهة نظري) وتتمثّل في أنها أسر ذات سلطة أبوية فلأب (الزوج) هو صاحب السلطة العليا في الأسرة، ممّا يلقي على عاتقة كامل المسئولية ويورثها لأبنه ويسعى إلى غرس القيم وتحمّل المسئولية مقابل منحه الرعاية الكاملة وحقوق في الجانب النفسي والاجتماعي كحصور مناسبات التي تجتمع فيها العالي حتى ولو كانوا كبار السن والجلوس معهم ومشاركتهم في الحديث أحيانا ويتعداه الأمر حتى في مشاورتهم في اتخاذ القرارات المهمة والمصيرية – ورأينا ذلك – في بعض العروش وهذا ما يخلق نوع من الحماية الزائدة وكلّ ذلك على حساب أخته دون مراعاة مشاعرها ومرد ذلك لطبيعة المجتمع في منطقة الجنوب يحدّ من حرية الإناث في الحركة والتنقل، فعلى سبيل المثال "تجد الفتاة لا تخرج لوحدها إلى الشارع بلا أخ أو مرافق " وهذا ما يحدّ من تمتّع الفتاة بكامل حقوقها في المستقبل ولأن طبيعة المجتمع العربي ذا ارث تراث ضارب في الجذور التاريخية قبل بعثة النبي صلى الله عليه وسلم في النظرة الدونية للمرأة ويتجلى ذلك في -وأدها – وقد جسد ذلك القرآن الكريم في قوله تعالى " (وإذا بشر أحدهم بالأنثى ظل وجهه مسودا وهو كظيم) **سورة النحل (58)**، ولهذا نبه الرسول الأكرم على العناية قول الرسول صلى الله عليه وسلم: " رفقا بالقوارير " انها كلمة لو اردنا تصوير الانثى بما تحمل من رقة الانوثة وجمال الانسانية وعذوبة الروح وتألق النفس بكلمة واحدة لما وجدنا خيرا من هذه الكلمة النبوية المعجزة، إلاّ أنه مازال هذا المعتقد راسخ عند البعض ويتجلى ذلك في التفضيل الولد على الفتاة والتباين في المعاملة ومنح الحقوق.

وتتفق هذه الدراسة مع ما أشار إليه **محمد بوفاتح (2005،ص ص5 -6) في عرضه للدراسات** التي أجراها كلّ من "روبز وتانيك" (1979) "برادلي" (1981)، "هاملتون وبيفرلي"(1988) و"جمعة سيد يوسف" (1994) والتي تفيد بأنّ الإناث أكثر عرضة وادراكا للأحداث الضاغطة للحياة وبالتالي انخفاض

مستوى صحتهن النفسية مقارنة بالذكور، وتتعارض نتائج هذه الدراسة مع دراسة **الزبيدي والهزاع (1997)** أظهرت النتائج انه لا توجد فروق في الصحّة النفسية لدى كلّ من الذكور والإناث.

-عرض وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

وكان نصّ التساؤل كالتالي: هل توجد فروق دال احصائيا في درجة تمتّع الأطفال بالصحّة النفسية في ظل حقوقهم النفسية والاجتماعية والتربوية باختلاف مكان الإقامة ؟

الريف		الحضر		مستوى الدلالة sig	اختبار (ت) T	درجة الحرية	مستوى الدلالة
العدد	64	العدد	26				
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	0.001	3.590	88	دالة إحصائياً
101.156	8.095	94.461	7.986				

تفسيرا لهذه المعطيات نقول بأنّه هنالك فروق في مستوى الصحّة النفسية لصالح القاطنين بالريف ومنه تحققت الفرضية الثالثة، ومنه نقول أنَّ الفروق الموجود ة في مستوى الصحّة النفسية بين أطفال المدينة (الحضر) وأطفال الريف (القرية) تعود إلى الفروق بين واقع الريف والمدينة حيث أنَّ واقع المدينة يتميز إلى حد كبير بالصخب والضجيج وانتشار الجرائم وخطف الأطفال ممّا أدى إلى ظهور بعض الصراعات النفسية لدى الآباء وانعكس سلبا على الصحّة النفسية للأطفال كالحماية الزائدة والحد من حرية الطفل في اللعب والاستكشاف العالم من حوله، ممّا يجعل الطفل يعيش تحت ضغط نفسي في كثير من الاحيان ويفتقد إلى الأمن النفسي الذي هو بداية فقدان الثقة بالنفس وذلك باتساع الدائرة التي يعيش فيها من الأسرة إلى المجتمع إلى الرفاق وهذه الخطوات متدرجة فيما بينها، وبهذا النزعة في الحماية الزائدة يجعلون الأطفال لا يستقلون عنهم ويفتقدون إلى معنى الاعتماد على النفس، بينما الحياة في الريف تتميز بالبساطة والحرية على العكس من الجو الموجود في المدينة، بل لاحظنا البعض من الأطفال من يلجأ إلى الرعي وحيدا ولا يعود إلاّ قرب زوال الشمس وهذا ما ينمي فيه الثقة بالنفس وروح المسئولية لديه، كما تعود الفروق الموجودة بين الريف والحضر إلى البيئة الموجودة في المدرسة وهذا ما أشارت إليه **صولي إيمان (مرجع سابق، 79)** "أن مدارسنا الآن وخاصّة في المدارس الحضرية تكتظ بأعداد هائلة من التلاميذ هذا ما يخلق جوا مشحونا بالتوتر بينهم بالمقارنة مع المدارس الريفية التي لا يتجاوز العدد فيها 30/25 تلميذ فتزداد بذلك دافعية التعلم وهذا ما يؤدي إلى انعكاسه على الصحّة النفسية للطفل " وتتفق هذه الدراسة في نتائجها مع دراسة **عبد الرحمان العيسوي (2002)** التي كان الهدف منها التعرّف على الفروق التي ترجع العوامل الآتية السن والجنس والمستوى التعليمي والفروق بين الاضطرابات السيكوسوماتية حيث طبقت الدراسة على

(661) طالبا جامعيا، ومن أهم النتائج التي توصل إليها أنَّ الشباب الذين يقطنون بالحضر أكثر تعرضا من زملائهم الذين يقطنون بالريف وهذا بسبب الحياة في المدينة وما يصاحبها من توترات وقلق وصراع سواء على مستوى الآباء وأو الأبناء.

في حين نجد أنّها تتعارض مع دراسة **تيسير محمد الخوالدة وآخرون، (2010)** من حيث النتائج في درجة التمتّع بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوي لصالح الحضر، مقارنته بالريف.

الخاتمة

بعد طرح إشكالية الدراسة التي أثرناها حول موضوع واقع الصحّة النفسية لدى الأطفال في ضوء بعص الحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية، ومن خلال صياغة الفرضيات والتي تعتبر إجابة مؤقتة لإشكالية والتي تجسّدت على أرض الواقع على شكل بحث ميداني لأسر الأطفال المتواجدين على مستوى البلديات والدوائر، مع اعتماد مقياس "درجة تمتّع بالحقوق النفسية والاجتماعية والتربوية " ومن المعالجة الإحصائية تبين أنَّ هناك مؤشر للصحّة النفسية لدى الأطفال في البعد النفسي والاجتماعي مرتفع ولكنه أقل في البعد التربوي، والتي وجدناها تتفق وتتعارض مع العديد من الدراسات السابقة.

وبالرّغم من أننا سعينا جاهدين في ضبط متغيّرات البحث في إطار عيّنة البحث والأداة المستعملة حيث أننا سعينا أن تكون أكبر، إلاّ أنَّ إمكانياتنا المادية ولا الوقت لم يسمح بذلك لكي تكون العيّنة أشمل وأوسع، إلاّ أننا نرى أنَّ مستوى الصحّة النفسية للطفل وجب إعادة النظر فيها كون النتيجة جاءت متوسطة وهذا ما يوحي لمؤشر لظهور بعض المشكلات النفسية في المراحل القادمة، كما أنَّ المجتمع وجب أن يعي ضرورة مساعدة هؤلاء الأطفال على تخطي الصعاب انطلاقا من الأسرة أولاً، ومن مبدأ مسئولية المجتمع ثانياً، لتحقيق الغاية الكبرى وهي أن يعيش الفرد وهو يتمتّع بحقوقه كاملة.

التوصيات والاقتراحات:

أظهرت النتائج مستوى الصحّة النفسية لدى الأطفال في ضوء بعص الحقوق النفسية والاجتماعية والتربوي في الأسر الأغواط ية بدرجة متوسطة وهنا قاب قوسين او أدنى من **دق ناقوس الخطر** اتجاه أطفالهم في مستوى واقع الصحّة النفسية لديهم وعلى ضوء هذه النتائج وتعزيزا لموقف الباحث يوصي في ضوء النتائج ما يلي:

- تواصل الآباء مع المدراس والإدارات المعنية للتبع مستوى التعليمي لأبنائهم.

- ضرورة متابعة الأطفال في حقهم بالتمتّع بجميع حقوقهم وفي جميع المجالات كونه يمثّل أحد مرتكزات المجتمع لتمكينهم من العيش بكرامة.

- تفعيل دول الاخصائي النفسي عن طريق فتح التوظيف ذوي الاختصاص من أجل التخفيف من التوترات والمشكلات النفسية التي تواجه الطفل داخل المدرسة وكذا في محيط الأسرة والمجتمع.

- الاهتمام بالعوامل النفسية والمعاونة على التوافق الاجتماعي والنفسي لدى الأطفال.

- إجراء بحوث دراسية واقعية لواقع الصحّة النفسية لدى الأطفال تشمل جميع الفئات العمرية.

- توعية المجتمع حول مفهوم الصحّة النفسية وأهم مشكلات التي تعترض الفرد بتمتّعه بجميع حقوقه.

- القيام بدراسات تتناول دو الأخصائي النفسي في الوسط المدرسي ومدى فاعليته في خفض المشكلات النفسية لدى الأطفال.

- إقامة اتصال وثيق ومستمر بين الأسرة والمدرسة من أجل تحسين ظروف تمدّرس الأطفال وتذليل الصعوبات لهم.

- عقد لقاءات ودورات علمية عامّة حول الصحّة النفسية في المدارس والجامعات بحضور جميع المهتمين وأصحاب الشأن والاختصاص لوضع استراتيجية موحدة لإيجاد حلول التي ذكرت والتي لم يتم ذكرها، حتى نستطيع ضمان مشاركة جميع أطياف المجتمع، وذلك من أجل القيام بوجباتهم تجاه أطفالهم وبخاصّة في ظل ارتفاع نسبة الأمراض النفسية في السنوات الأخيرة.

- أمّا بالنسبة لأفاق البحث نقترح ما يلي:

- القيام بالمزيد من البحوث حول موضوع الصحّة النفسية.

- أجراء البحث على عيّنة أكبر تشمل جميع المراحل العمرية وفي عدة مجالات (الحقوق النفسية، اجتماعية، التربوية، المدنية، الثقافية، الدينية)

- ربط متغيّر الصحّة النفسية بمتغيّرات أخرى.

قائمة المـراجع

المراجع العربية:

-- عبد الباري محمد داود (2004): **الصحّة النفسية للطفل**، إيتراك للـطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- عبد العزيز القوصي(1954) " **أسس الصحّة النفسية** " مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الرابعة القاهرة.

قائمة الرسائل والأطروحات:

- إيمان الصولي: **المناخ المدرسي وعلاقته بالصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ التعليم المتوسط والثانوي** " مذكرة ماجستير "غير منشورة "(قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة قاصدي مرباح بولاية ورقلة،2014/2013).

- عبد اللاوي السعدية: **المشكلات النفسية والسلوكية لدى أطفال السنوات الثلاث الأولى ابتدائي وعلاقتها بالتحصيل الدراسي**، " مذكرة ماجستير "غير منشورة "(قسم علم النفس، جامعة مولود معمري، تيزي وزو، 2012/2011).

- عبد الله بن حميد حمدان السهمي: **الأمن النفسي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طلاب دور رعاية الأيتام**، مذكرة ماجستير منشورة،(أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض 2004/2003).

- محمد بوفاتح: **الضغط النفسي وعلاقته بمستوى الطموح لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي**، رسالة ماجستير منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة. (2005)

قائمة المجلات والدوريات:

- يحي محمود النجار، (2009). **علاقة العنف الأسري بالبناء السيكولوجي للطفل**. بحث منشور في مجلة العلوم النفسية العربية، العدد الثالث والعشرون، جامعة الاقصى، فلسطين.

- تيسير محمد الخوالدة، أكرم عبد القادر أبو إسماعيل، صدام راتب دراوشة (2010). **درجة تمتّع الأطفال في الأسر الأردنية بحقوقهم التربوية والثقافية والنفسية والاجتماعية والمدنية**. بحث منشور في مجلة العلوم التربوية والنفسية المجلد الحادي عشر، العدد الثالث، كلّية التربية البحرين.

المواقع الإلكترونية:

http://www.shatharat.net/vb/showthread.php?t=403 -

- **الصحّة النفسية وعلاقتها بالذكاء الانفعالي لدى الشابات الجامعيات في كلّية التربية للبنات**

- الكاتب: بشرى أحمد جاسم العكايشي.

- تاريخ التحميل والاطلاع:2015/03/31 على الساعة 11:35

http://www.alukah.net/social/0/44786/#ixzz3VxlakzzU-

- **الطفولة... تعريفات وخصائص**

- الكاتب: موسى نجيب موسى معوض.

- تاريخ التحميل والاطلاع:2015/03/29 على الساعة 13:49

المراجع بالأجنبية:

- Debarbieux.E, Anton.N (2012): **"Le Climat scolaire: définition, effets etconditions d’amélioration. Rapport au Comité scientifique de la Direction de l’enseignement scolaire**", Ministère de l’éducation nationale,Men-Dgesco/Observatoire International.

تقدير الذات وعلاقته بالصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية

– دراسة ميدانية بمدينة الأغواط

د. لخضر قويدري، أ. جمال فطام

جامعة الأغواط

ملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرّف على تقدير الذات وعلاقته بالصحّة النفسية، حيث تم التطبيق على عيّنة عشوائية بسيطة مكونة من (110) تلميذا وتلميذة، منهم (34) تلميذا و(76) تلميذة وزع عليهم مقياسان لقياس كلّ من مستوى تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ السنة ثانية ثانوي، واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته لأهداف الدراسة وطبيعتها، وتم تحليل البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام برنامج الرزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) وتوصلت الدراسة إلى نتائج عديدة أهمها:

أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة دالة بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية.

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى تقدير الذات لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

summary:

This study aimed to recognize the Autovalorisation and their relationships with psychological health, the study applied on a random sample consisted of 110 male and female students, 34 male students, and 76 female students, distributed on them two measures to measure the Autovalorisation and psychological health levels on a sample of second year high school students. The researcher has used the analytical descriptive method to adapt it to the nature and goals of the study, and the data that was found was analysed using the statistical

packs program for the social sciences (spss) and the study concluded to many results, and the most importants ones are:

The study results showed that there is a strong positive relationship and a statistical significance between the Autovalorisation and psychological health for a sample of high school students.

The study results showed that there is no diffrences with statistical significance between the sexes at the level of psychological health for a sample of students.

The study results showed that there is no differences with statistical differences between the sexes at the level of Autovalorisation for a sample of students.

The study results showed that there is no differences with statistical differences at the level of psychological health referring to study specialty variable for a sample of students.

The study results showed that there's no differences with statistical differences at the level of Autovalorisation referring to the specialty variable for a sample of students.

يعد مفهوم الذات حجر الزاوية في الشخصية إذ أنَّ وظيفته الأساسية هي السعي لتكامل واتساق الشخصية، ليكون الفرد متكيفا مع البيئة التي يعيش فيها، وجعله بهوية تميزه عن الآخرين، فهو يسعى إلى وحدة وتماسك الشخصية والذي يميز الفرد عن غيره، وتتجلى أهميته في كونه يحدد السلوك الإنساني، إذ انه يؤثّر في الآخرين ليسلكوا سلوكا يتماشى مع خصائصه، فهو يحدد من جهة أسلوب تعامل الفرد مع الآخرين، كما يؤثّر في تحديد أسلوب تعامل الآخرين معه فهو يلعب دورا كبيرا في الصحّة النفسية.

ويعرفها ادلر (Adler) بأنّها "نظام شخصي وذاتي يفسر خبرات الكائن ويعطيها معناها"، أمّا روجرز صاحب نظرية الذات فيعرف الذات بأنّها "عبارة عن تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات الخاصّة بالذات يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، أمّا زهران (103: 1980) فيرى أنَّ الذات هي كينونة الفرد أو الشخص وأنها تنمو وتنفصل تدريجياً عن المجال الإدراكي، وتتكون بنية الذات نتيجة التفاعل والتعامل مع البيئة وأنها تشمل الذات المدركة، والذات الاجتماعية والذات المثالية، وتصبح المركز الذي تنتظم حوله كلّ الخبرات، واهتم علماء النفس وعلماء الاجتماع بدراسة الذات لأنه المحور الأساسي في بناء الشخصية، والإطار المرجعي لفهم شخصية الفرد، كما أنَّ الذات من العوامل المؤثّرة في السلوك، فالأفراد ينتظمون استناداً إلى معلومات عن ذواتهم وإدراكهم لذواتهم والوصول إلى صورة عامّة عنها. **(عبد الرحمان عدس، 1998: 82).**

أمّا مفهوم تقدير الذات فيتمثّل في تقدير الشخص لقيمته كانسان، وهو يحدد إنجاز الفرد الفعلي، ويظهر في خبرات الفرد بالواقع واحتكاكه به، كما يتأثر كثيراً بالأحكام التي تتلقاها من أشخاص ذوي أهمّية في حياته مثل الآباء والأقارب والأصدقاء والرفاق، ويعد مفهوم تقدير الذات من أهم

المفاهيم التي ترتبط بشكلّ مباشر بالفكرة أو الصورة والتصور التي يضعهما الإنسان لنفسه (لذاته)، وهو مفهوم نفسي اجتماعي يستمد من خلاله علاقته بالمجتمع المحيط ومن خلال نتاج أفعاله ومدى الصورة التي يتركها نشاط الإنسان في الآخرين، وكذلك المعاني والتصورات والمفاهيم التي يطلقها الأفراد على الشخص نفسه، بحيث أنَّ هذه الأعمال إمّا أن تترك أثرها الإيجابي الجيد لدى الفرد فيشعر بالنشوة والرضا، وأمّا أن يواجه بالاستقباح وبالتالي يشعر بعدم التوافق وبالتالي يشعر بالنبذ من الآخرين. **(أبو هين فتحي، 2005: 117-154).**

إن الفرد يرى نفسه كما يتصور أنَّ الآخرين يرونه، ويميل للعمل حسب توقعاتهم، وان التقدير السلبي للذات عند الشخص إنما يتكون بتأثير الفشل الدراسي، ونظرة التلميذ الذي يأتي من بيئة ضعيفة اقتصادياً أو تربوياً أو اجتماعياً، فقد تولد لديه تقدير سلبي لذاته، أمّا التقدير الإيجابي للذات فيتأثر بعدة عوامل مثل الجو العائلي، موقف الأهل، المساندة الاجتماعية، مدى الاهتمام من الآخرين مثل الحب والحنان والتفهم، لذا فإن التقدير الإيجابي للذات هو نتيجة النجاح وأن التقدير السلبي للذات هو نتيجة للفشل وخاصّة الفشل الدراسي. **(حليحل أحمد، 1995: 89-183).**

ويعرف كوبر سميث تقدير الذات بأنّه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه، ويعمل على الحفاظ عليه، ويتضمن هذا التقييم اتجاهات الفرد الإيجابية والسلبية نحو ذاته، وهو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، وذلك فيما يتعلق بتوقعات الفشل والنجاح والفشل، والقبول وقوة الشخصية **(عايدة ديب عبد الله، 2010: 72)**

ويعرف **روزنبرج** (Rosenberg1479) تقدير الذات بأنّه التقييم الذي يقوم به الفرد. ويحتفظ به عادة . بالنسبة لذاته، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض، ويوضح أنَّ تقدير الذات العالي يدل على أنَّ الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته أمّا تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها **(محمد السيد عبد الرحمان، 1998: 398).**

إن تقدير الذات المرتفع هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق ويستطيع أن يقتحم المواقف الجديدة دون أن يفقد شجاعته، كما يمكنه مواجهة الفشل في الحب أو العمل دون أن يشعر بالحزن أو الانهيار لمدة طويلة، بينما يميل الفرد ذا تقدير الذات المنخفض إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم المواقف الجديدة أو الصعبة، حيث انه يتوقع فقد الأمل مسبقاً. **(ربعي منذر، 2006)**

وينظر كثير من العلماء إلى الصحّة النفسية باعتبارها من أهم العوامل المؤثّرة في العلاقات الأسرية، وفي سلوك الأفراد مع ما يجري في المجتمع من تغيّر اجتماعي، والواقع أنَّ النمط السلوكي الذي يستخدمه الفرد في حياته والاتجاهات السائدة عنده نحو الموضوعات ما هي إلاّ ترديد لأثر

العلاقات الأسرية وخاصّة الوالدية وبالتالي فهي تتأثر بالصحّة النفسية، كما أنَّ موقف الشخص نحو جوانب حياته مثل الزواج، التعليم، السعادة، النظرة إلى الذات، كلّها تتأثر بالصحّة النفسية للفرد، فمثلاً أكد بعض الباحثين على أنَّ الطفل المحروم من الحب أو المهمل سوف يصبح أباً قاسياً أو زوجاً سيئاً أو شريكاً غير موفق. **(منشورات جامعة القدس المفتوحة، 2008)**.ويرى كثير من العلماء أنَّ الجو النفسي للأسرة الذي عاش فيه الفرد وكذلك الخبرات النفسية للفرد من أهم العوامل المؤثّرة على سلوك الإنسان ونظرته للسعادة والتوافق، وكلّما اتسم الجو الأسري بالنضج الانفعالي جنب أفراد الأسرة الكثير من الرواسب النفسية الطفولية والكثير من المشاعر السلبية مثل الشعور بالنقص، أو الشعور بالذنب ومشاعر الاضطهاد، التي تكون دافعاً للكثير من الاضطرابات النفسية لدى الفرد. **(العاني عبد اللطيف، 1990: 272)**

ومما لا شكّ فيه وجود علاقة بين تقدير الذات لدى الشخص وصحته النفسية وذلك بشكل عامّ، ولذلك تأتي هذه الدراسة لتكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، بهدف إلقاء الضوء على كلّ من تقدير الذات والصحّة النفسية، والتعرّف على العلاقة بينهما إضافة إلى التعرّف على درجة تقدير الذات لدى التلاميذ، ودرجة شعورهم بالصحّة النفسية ممّا يسهم في إلقاء الضوء على هذه المفاهيم وقياسها لدى التلاميذ.

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها:

يتسم واقعنا اليوم بالكثير من المؤثّرات والضغوط الاقتصادية والسياسية والحياتية في الواقع المعاش، ويمثل التلاميذ في المدرسة الثانوية شريحة مهمة من المجتمع باعتبارهم في سن المراهقة من جهة، وهم بناه وقادة المستقبل من جهة أخرى، ويود الباحث الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية ومنه تتحدد مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية التي تغطي تباعا أهداف الدراسة:

1- هل توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى تقدير الذات

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية

فرضيات الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية للتحقق من صحّة الفرضيات التالية:

1- توجد علاقة بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى تقدير الذات

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية

أهمّية الدراسة:

تكمن أهمّية الدراسة الحالية في الأمور التالية:

1- من أهمّية مجتمع الدراسة ممثّلاً في تلاميذ المرحلة الثانوية

2- من أهمّية موضوع تقدير الذات باعتباره عاملاً مهماً في تحديد سلوك الإنسان وطموحاته المستقبلية إضافة إلى قدرته على التكيف والتوافق مع البيئة المحلية والمجتمع الذي يعيش فيه.

3- ومن أهمّية موضوع الصحّة النفسية باعتباره ضرورياً لحياة الفرد ومؤثّراً لقدرته على التفاعل مع الأحداث والظروف المحيطة، ومؤثّراً في نظرة الفرد الحياتية والبيئة المحيطة به.

4- يمكن أن تتوصّل الدراسة إلى نتائج تلقي مزيداً من الضوء على كلّ من مستوى تقدير الذات ومستوى الصحّة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، والعلاقة بينهما ممّا يمثّل فائدة للتلاميذ بشكل خاصّ.

5- يمكن أن تسفر نتائج الدراسة عن أبعاد أو ظواهر تستحق الدراسة في المستقبل.

التعريفات الإجرائية:

الذات: يعرفها موريفي (1947) على أنّها مدركات الفرد ومفاهيمه فيما يتعلق بوجوده الكلّي أو كيانه. أي الفرد كما يدرك نفسه، وفي رأيه أنَّ الأنا عبارة عن جهاز من الأنشطة المعتادة التي تدعم الذات أو تحميها عن طريق استخدام ميكانيز مات معيّنة مثل التبرير والتقمص والتعويض **(قحطان أحمد الظاهر، 2004 ،ص20).**

تقدير الذات: - تقييم التلميذ- من خلال استجاباته الذاتية- جوانب شخصيته الجسمية والعقلية المعرفية والاجتماعية والأسرية والشخصية وذلك لمحاولة فهم نفسه وفهم الآخرين.

وفي الدراسة الحالية... هو الدرجة الكلّية التي يحصل عليها التلميذ بعد تطبيق مقياس تقدير الذات

الصحّة النفسية: الصحّة النفسية ليست مجرّد غياب الاضطرابات النفسية، بل هي حالة من العافية يستطيع فيها كلّ فرد إدراك إمكاناته الخاصّة والتكيّف مع حالات التوتّر العادية والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي.**(منظمة الصحّة العالمية: 2015).**

وفي الدراسة الحالية... هو الدرجة الكلّية التي يحصل عليها التلميذ بعد تطبيق مقياس الصحّة النفسية.

نظريات تقدير الذات:

ان هناك عدة نظريات حاولت تفسير تقدير الذات ومن أهمها

-نظرية روزنبرج:

إنّ هذه النظرية تعتبر من أوائل النظريات التي وضعت أساسا لتفسير وتوضيح تقدير الذات، حيث ظهرت هذه النظرية من خلال دراسته للفرد وارتقاء سلوك تقييمه لذاته، في ضوء العوامل المختلفة التي تشمل المستوي الاقتصادي والاجتماعي، والديانة وظروف التنشئة التربوية.

ووضع روزنبرج للذات ثلاثة تصنيفات هي:-

1- الذات الحالية أو الموجودة: وهي كما يرى الفرد ذاته وينفعل بها.

2- الذات المرغوبة:- وهي الذات التي يجب أن يكون عليها الفرد.

3- الذات المقدمة:- وهي صور الذات التي يحاول الفرد أن يوضّحها أو يعرفها للآخرين، ويسلط روزنبرج الضوء على العوامل الاجتماعية فلا أحد يستطيع أن يضع تقديراً لذاته والإحساس بقيمتها إلاّ من خلال الآخرين، ويعد روزنبرج(1979) تقدير الذات اتجاه الفرد نحو نفسه لأنها تمثّل موضوعاً يتعامل معها، ويكون نحوها اتجاهاً، وهذا الاتجاه نحو الذات يختلف من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى.**(علاء الدين كفافي، 1997: 176).**

- نظرية كوبر سميث:

لقد استخلص "كوبر سميث Cooper Smith " نظريته لتفسير تقدير الذات من خلال دراسته لتقدير الذات عند أطفال ما قبل المدرسة الثانوية، حيث ذهب إلى أنَّ تقدير الذات مفهوم متعدد

الجوانب، ولذا فعلينا إلاّ نتعلق داخل منهج واحد ومدخل معيّن لدراسته، بل علينا أن نستفيد منها جميعاً لتفسير الأوجه المتعددة لهذا المفهوم، ويؤكّد- أيضاً- بشدة أهمّية تجنب فرض الفروض غير الضرورية، ،فضلا عن ذلك يرى "كوبر سميث" أنَّ تقدير الذات ظاهرة أكثر تعقيداً لأنها تتضمن كلاً من تقييم الذات ورد الفعل أو الاستجابات الدفاعية، وإذا كان تقدير الذات يتضمن اتجاهات تقييمه نحو الذات فإن هذه الاتجاهات تتسم بقدر كبير من العاطفة، فتقدير الذات عند سميث هو الحكم الذي يصدره الفرد على نفسه متضمناً الاتجاهات التي يرى أنها تصفه على نحو دقيق، ويقسّم تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين (التعبير الذاتي)، وهو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها و(التعبير السلوكي) ويشير إلى الأساليب السلوكية، التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته، التي تكون متاحة للملاحظة الخارجية **(علاء الدين كفافي، 1989: 104).**

- نظرية زيلر:

إنّ نظرية "زيلر " Ziller في تقدير الذات نالت شهرة أقلّ من نظريتي روزنبرج وكوبر سميث، وحظيت بدرجة أقلّ منها، من حيث الذيوع والانتشار، لكنها في الوقت نفسه تعد أكثر تحديداً وأشد خصوصية، أي أنَّ زيلر يعتبر تقدير الذات ما هو إلاّ البناء الاجتماعي للذات، وينظر زيلر إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكّد أنَّ تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات إلاّ في الإطار المرجعي الاجتماعي، ويصف تقدير الذات بأنّه تقدير يقوم به الفرد لذاته، ويلعب دور المتغيّر الوسيط أو أنه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي، وعلى ذلك، فعندما تحدث تغييرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية المتغيّرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك.**(ممدوحة سلامة، 1991: 679-702).**

- نظرية الذات عند روجرز:

إن نظرية روجرز قد جعلت من الذات جوهر الشخصية إذ تعكس عند روجرز مبادئ النظرية الحيوية، وبعض من سمات نظرية المجال وبعض من الملامح لنظرية فرويد، كما أنّها تؤكّد المجال السيكولوجي وترى أنه منبع السلوك، كما ارتكزت نظرية الذات عند روجرز على عمق خبرته في الإرشاد والعلاج النفسي، وخاصّة في الطريقة التي ابتدعها في العلاج النفسي، وهى العلاج المتمركز حول الذات، ومن وجهة تلك النظرية فإن الذي يحدد السلوك ليس المجال الطبيعي الموضوعي ولكنه المجال الظاهري "عالم الخبرة" الذي يدركه الفرد نفسه؛ فالمجال الذي تحدث فيه الظاهرة هو الذي يحدد معناها، وأن هذا المعنى أو الإدراك هو الذي يحدد سلوكنا إزاء الموقف.**(إبراهيم أحمد أبو زيد، 1987: 68).**

ويوضح روزنبرغ (Rosenberg, 1965) أنَّ تقدير الذات العالي يدلّ على أنَّ الفرد يحترم نفسه ويعتبر أنه ذو جدارة، ولا يعتبر نفسه أفضل أو أقل من الآخرين، وهو لا يشعر أنه في قمة الكمال بل يعرف نواحي قصوره ويتوقع النمو والتحسن.(Rosenberg, 1965, P. 56).

إن تقدير الذات العالي لدى الفرد يعني شعوره بأهمّية نفسه واحترامه لذاته في صورتها التي هي عليها، أمّا التقدير المنخفض للذات فيعني رفض الذات وعدم الاقتناع بها.**(عبد الرحمن،** 1998: 100**).**

وقد أثبتت نتائج بعض الدراسات وجود علاقة ارتباط دالة بين فهم الفرد لذاته وتقديرها عاليا وبين الزيادة والتحسن في مستوى صحته النفسية.

الدراسات السابقة:

- **دراسة (خليل جميل،** 2009**):** وهي دراسة بعنوان "الاغتراب وعلاقته بالصحّة النفسية لدى طلبة الجامعات في محافظات غزة"، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين درجة السلوك العدواني ودرجة كلّ من تقدير الذات، وتوكيد الذات، بالنسبة(الجنس/التخصّص/حجم الأسرة) وقد تكونت عيّنة الدراسة من (400) طالبا وطالب، (200) طالبا، (200) طالبة، وقد تم أخذها من ثماني مدارس بطريقة عشوائية من مدارس محافظة غزة للعام الدراسي 2004-2005م، وقد صمم الباحث ثلاثة مقاييس هي مقياس السلوك العدواني، مقياس تقدير الذات، مقياس توكيد الذات، وقد أسفرت نتائج الدراسة عن أنه توجد علاقة عكسية سالبة بين الدرجة الكلّية للسلوك العدواني ودرجة كلّ من تقدير الذات وتوكيد الذات، كما أسفرت عن وجود علاقة عكسية سالبة بين درجة العدوان على الذات ودرجة كلّ من تقدير الذات وتوكيد الذات، كما توجد علاقة عكسية سالبة بين درجة العدوان على الآخرين ودرجة توكيد الذات، توجد علاقة طردية موجبة بين درجة تقدير الذات ودرجة توكيد الذات، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الدرجة الكلّية للسلوك العدواني، ودرجة العدوان على الآخرين، ودرجة العدوان على الممتلكات وكانت لصالح الذكور، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تقدير الذات ودرجة توكيد الذات وكانت هذه الفروق لصالح الذكور.

- **دراسة(عثمان عبد الفتاح،** 1995**)** بعنوان: " الخجل وعلاقته بتقدير الذات والتحصيل الدراسي للأطفال " هدفت الدراسة إلى: معرفة العلاقة بين الخجل وكلّ من تقدير الذات والتحصيل الدراسي لدي الأطفال، وبحث تأثير متغيّري الجنس التخصّص الدراسي لدي الأطفال، وبحث مسار العلاقة بين الخجل وتقدير الذات والتحصيل الدراسي. تكونت عيّنة الدراسة من: تلاميذ وتلميذات الصفين الرابع والخامس الابتدائي. واستخدم الباحث في الدراسة: مقياس الخجل للأطفال إعداد الباحث، واختبار تقدير الذات للأطفال إعداد (عبد الفتاح دسوقي) وقد أسفرت نتائج الدراسة عن النتائج التالية:

لا يوجد ارتباط بين درجات الخجل ودرجات تقدير الذات لدي الأطفال. وعدم وجود فروق في مستوى تقدير الذات يعزى لمتغيّر التخصّص. ووجود فروق بين الذكور والإناث في الخجل لصالح الإناث.

- **دراسة (دياب عارف،** 2006**):** اجرى الباحث دراسة بعنوان "دور المساندة الاجتماعية كمتغيّر وسيط بين الاحداث الضاغطة والصحّة النفسية للمراهقين الفلسطينيين"، هدفت الدراسة إلى التعرّف على دور المساندة الاجتماعية كأحد العوامل الواقية من الاثر النفسي الناتج عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، وتحديد التأثير السلبي للأحداث الضاغطة على الصحّة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. وتكونت عيّنة الدراسة من (550) طالب وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية، تراوحت اعمارهم بين (15-19 سنة) وبمتوسط عمري (16.3 سنة) وبانحراف معياري (0.60) حيث شكل الذكور في العيّنة نسبة (48.9%) بينما شكلت الاناث في العيّنة نسبة (51.1%)، واستخدمت الدراسة الاستبانة كأداة لجمع البيانات، وكانت اهم نتائج الدراسة ما يلي:

- توجد فروق جوهرية ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات منخفضي حجم المساندة الاجتماعية ومتوسط درجات مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية بالنسبة للصحّة النفسية لدى المراهقين، والفروق كانت لصالح مرتفعي حجم المساندة الاجتماعية.

- عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية

- **دراسة (حسنين مرعي،** 2004**):** أجرت الباحثة دراسة بعنوان "الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحّة النفسية للطفل" هدفت إلى معرفة العلاقة بين الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية، ومعرفة دور المساندة الأسرية في حماية الطفل، كما هدفت إلى محاولة توفير بعض الأفكار المتعلقة بموضوع الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية، وطبقت الدراسة على عيّنة من (450) طفلاً من طلبة الصف السادس الأساسي بمدارس وكالة الغوث في غزة، واستخدمت الباحثة اختبار الصدمة واختبار المساندة الاجتماعية وأظهرت نتائج الدراسة انه:

- وجود فروق في الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر الجنس ولصالح الإناث.

- **دراسة (شختور سعيد،** 2004**):** وهي دراسة مقارنة للأطفال المحرومين وغير المحرومين في القلق وتقدير الذات للفلسطينيين في منطقة بيت لحم، هدفت إلى دراسة مقارنة للأطفال المحرومين في القلق وتقدير الذات والتعرّف إلى الفروق في مستويات القلق وتقدير الذات تبعاً لمتغيّرات (الجنس، العمر، الصف الدراسي، مكان السكن). وطبقت الدراسة على عيّنة من (200 تلميذ) من الجنسين من بيت لحم اعمارهم الزمنية تتراوح بين (10-14) سنة، واظهرت نتائج الدراسة ان:

- لا يوجد فروق على درجة تقدير الذات تبعاً للجنس.

- لا يوجد فروق بين الأطفال المحرومين وغير المحرومين على درجة تقدير الذات تبعاً للتخصّص الدراسي

- **دراسة (ابو هين فتحي،** 2001**):** هدفت هذه الدراسة إلى التعرّف إلى تقدير الذات والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عيّنة من الشباب المشاركين في فعاليات انتفاضة الاقصى. طبقت الدراسة على (500) شخص من الذكور ممن شاركوا وممن لم يشاركوا في فعاليات الانتفاضة، واستخدم الباحث اختبار تقدير الذات واختبار التوافق النفسي وقد توصلت الدراسة إلى نتائج من اهمها:

- عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات

- عدم وجود فروق في التوافق النفسي تبعاً لمتغيّر مكان الاقامة.

- وجود دلالة ارتباطية بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى افراد عيّنة الدراسة.

الدراسات الأجنبية

- **دراسة (**Furnham& Sheikh, 1993): هدفت هذه الدراسة إلى معرفة نوع المساندة الاجتماعية بين الأجيال وعلاقتها بالصحّة النفسية عند المهاجرين الأسيويين، وذلك على عيّنة من (56) امرأة و(44) رجلاً، تراوحت أعمارهم بين (18-62) سنة، وقد تم إجراء المقابلات معهم وكان أكثرهم من الهند وباكستان وذلك فيما يتعلق بالتوافق النفسي مع الحياة في بريطانيا.

وقد توصل الباحثان إلى أنَّ مستويات الاضطرابات النفسية عند النساء أكثر منها عند الرجال، ولكن الجيل الثاني من المهاجرين لم يكن لديهم نفس الارتفاع في مستويات الاضطرابات النفسية مثل الجيل الأول، كما لم تؤثّر شبكات المساندة الاجتماعية على الصحّة النفسية عند كلاً من الجنسين فيما عدا متغيّر المساندة الاجتماعية في العمل، كما أنَّ المساندة الاجتماعية تساهم في الضغط الاجتماعي أو تخفف منه بأكثر من طريقة عند كلّ من الجيل الأول والثاني من المهاجرين.

- الجانب الميداني:

- منهج الدراسة

- استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي لمناسبته لمشكلة الدراسة وأهدافها، وذلك لوصف تقدير الذات وعلاقته بالصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ السنة ثانية ثانوية، وكما هي على ارض الواقع.

- عيّنة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية مستوى السنة ثانية، خلال فترة إجراء الدراسة، أي خلال الفصل الثالث من العام الدراسي 2015/2014 والبالغ عددهم (110) تلميذا وتلميذة من تلاميذ السنة ثانية ثانوي من عدة مؤسّسات في مدينة الأغواط ، تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة، منهم (34) تلميذا، و(76) تلميذة. والجدول رقم (1) يوضح ذلك.

جدول رقم 01 يوضح توزيع العيّنة حسب التخصّص

تخصّص آداب		تخصّص علوم	
العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
55	%50	55	%50

- الدراسة الاستطلاعية:

طبق المقياسان على عيّنة استطلاعية قوامها (30) تلميذا وتلميذة من تلاميذ السنة ثانية ثانوي تخصّصي أداب وعلوم، تم اختيارهم بطريقة عشوائية ولم يدخلوا في العيّنة الأساسية.

أداة الدراسة:

اعتمدنا في دراستنا على الاستبيان الذي يعتبر أحد أكثر وسائل البحث العلمي استخداما في مجال البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخبرية أو الفقرات أو البنود أو العبارات التي يتطلب من المفحوص الإجابة عنها بطريقة يحددها الباحث حسب أغراض البحث **(محمد داودي، محمد بوفاتح، 2007، ص107).**

وصف أداة الدراسة:

مقياس تقدير الذات: أعد هذا المقياس موريس روسنبورغ Rosenberg 1979 الهدف منه قياس تقدير الذات على سلم جوتمان، ترجمه الدكتور علي بوطاف ويتكون من 10 بنود وله بعد واحد صمم أصلا سنة 1962 لقياس تقدير الذات لدى طلبة الثانويات والمدارس العليا، ومنذ تطويره وهو يستعمل مع مجموعات أخرى من الراشدين من مختلف المرضى ومن أكبر نقاط القوة فيه تطبيقه واستخدامه في بحوث مختلفة مع عيّنات كبيرة ولسنوات عديدة.

يتكون المقياس من 10 بنود تقيس 5 بنود الشعور الإيجابي والمتبقية الشعور السلبي وأربعة بدائل يختار منها المفحوص الإجابة التي تناسبه حيث يحصل المفحوص في المحاور 1، 3،6، 7، 9، على 4 نقاط في موافق جدا و3 نقاط على موافق و2 نقاط على غير موافق1 ونقطة غير موافق جدا بينما

يكون التنقيط عكسي في المحاور2،4، 5، 8، 10، حيث يحصل المفحوص على نقطة واحدة في الإجابة موافق جدا ونقطتين في موافق و3 نقاط في غير موافق و4 نقاط في غير موافق جدا.

تتراوح الدرجة الكلّية للمقياس بين عشرة نقاط وأربعون نقطة(10 نقاط هي أقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص و 40 نقطة هي أعلى درجة) ويتم التقييم كالتالي: من 10 إلى 16 نقطة تقدير ذات منخفض. من 17 إلى 33 نقطة تقدير ذات معتدل. من 33 إلى 40 نقطة تقدير ذات عالي **(شهرزاد نوار، 2007: 122)**

مقياس الصحّة النفسية:

أعده كامل الزبيدي وسناء مجول الهزاع، (1997) ويتكون من (24) فقرة و(3) بدائل للإجابة وان مفتاح التصحيح للمقياس هي من (1- 3) للفقرات الإيجابية ومن (3-1) للفقرات السلبية وان أعلى درجة هي (72) وأدنى درجة كلّية محتملة هي (24)، والمتوسط الفرضي للمقياس هو (48) درجة.

صدق وثبات مقياس تقدير الذات:

"يعتبر الاختبار صادقا، إذا كان " يقيس ما وضع لقياسه" **(بشير معمريه،2007، ص130).**

صدق المقارنة الطرفية: وتقوم في جوهرها على مقارنة متوسط درجات الأقوياء في الميزان بالنسبة للتوزيع درجات الاختبار ولذا سميت بالمقارنة الطرفية لاعتمادها على الطرف الممتاز والطرف الضعيف **(فؤاد البهي السيد، 2006، ص 404).**

جدول رقم (02): يمثّل نتائج "ت"

مجموعات المقارنة	ن	ت المحسوبة	مستوى المعنوية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
العليا	10	7.73	0.00	18	دالة عند مستوى 0.01
الدنيا	10				

يتبين من الجدول رقم (2) أنَّ قيمة "ت" المحسوبة (7.73) عند مستوى المعنوية 0.00 أقل من مستوى الدلالة 0.05 عند درجة حرية (18).

وعليه توجد فروق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا والمقياس يميز بين أطرافه ومنه فهو صادق.

2- الثبات: هو أن يعطي الاختبار نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيقه على نفس المجموعة من الأفراد **(بشير معمريه،2007، ص167)**

طريقة التجزئة النصفية: حيث قمنا بتقسيم المقياس إلى نصفين، النصف الأول يمثّل الأسئلة العلوية من السؤال (01-5) والنصف الثاني يمثّل الأسئلة السفلية من السؤال (5-10) ثم تم حساب معامل الارتباط وتحصّلنا على النتائج وفقا لبرنامج spss نسخة 19 وكانت قيمته تقدّر ب (0.54) وبعد التعديل بسبيرمان- براون أصبحت 0.79

ثبات ألفا كرونباخ:

يعتبر معامل ألفا كرونباخ الذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني α من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة. ومعامل ألفا يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده، فازدياد نسبة تباينات البنود بالنسبة إلى التباين الكلّي يؤدي إلى انخفاض معامل الثبات **(المرجع نفسه، ص 184).**

وتم تقدير قيمته وفقا لبرنامج spss نسخة 19 ب (0.78)

صدق وثبات مقياس الصحّة النفسية:

1- صدق المقارنة الطرفية:

جدول رقم (03): يمثّل نتائج "ت"

مجموعات المقارنة	ن	ت المحسوبة	مستوى المعنوية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
العليا	10	8.79	0.02	18	دالة عند مستوى 0.05
الدنيا	10				

نلاحظ من الخلال الجدول رقم 03 أنَّ مستوى المعنوية 0.02 أقل من مستوى الدلالة 0.05 عند درجة حرية 18 ومنه توجد فروق بين المجموعتين العليا والدنيا والمقياس يميز بين أطرافه.

الثبات:

تم التحقق من ثبات مقياس الصحّة النفسية بحساب معامل الثبات كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) على عيّنة الدراسة الكلّية، حيث بلغت قيمة الثبات (0.87) وبذلك تتمتّع الأداة بدرجة جيدة جداً من الثبات.

نتائج الدراسة:

عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى:

نصّ الفرضية: توجد علاقة بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ الثانية ثانوي

و الجدول رقم (04) يوضح نتائج هذا الفرض.

جدول رقم (04): معامل الارتباط بين تقدير الذات والصحّة النفسية

المتغيّرات المقاسة	ن	ر المحسوبة	مستوى المعنوية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
تقدير الذات الصحّة النفسية	110	0.43	0.00	108	دالة احصائيا عند مستوى 0.01

ويتبين من الجدول أنَّ قيمة معامل الارتباط "ر" المحسوبة (0.43) عند مستوى المعنوية 0.00 أصغر من مستوى الدلالة 0.05 ومنه فالارتباط دال وموجب عند درجة الحرية (108) وبمستوى دلالة إحصائية (0.01) وعليه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين تقدير الذات والصحّة النفسية. ومنه نقبل فرضية البحث H1 لتحققها.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية

جدول رقم (05): يمثّل نتائج اختبار الفروق "ت"

الجنس	ن	ت المحسوبة	مستوى المعنوية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
ذكور	34	0.50	0.69	108	غير دالة احصائيا عند مستوى 0.01
إناث	76				

يتضح من خلال الجدول رقم 05 أنَّ مستوى المعنوية 0.69 أكبر من مستوى الدلالة 0.05 عند درجة الحرية 108 ومنه نستنتج عدم وجود فروق ذات دلالة بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى تقدير الذات

جدول رقم (06): يمثّل نتائج اختبار الفروق "ت"

الجنس	ن	ت المحسوبة	مستوى	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية

		المعنوية			
ذكور	34	0.79	0.85	108	غيرد الة احصائيا عند مستوى 0.01
إناث	76				

يتضح من خلال الجدول رقم 06 أنَّ مستوى المعنوية 0.85 أكبر من 0.05 عند درجة الحرية 108 ومنه لا توجد فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات، وعليه نقبل الفرضية H0 لتحققها.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

جدول رقم (07): يمثّل نتائج اختبار الفروق "ت"

المتغيّرات	ن	ت المحسوبة	مستوى المعنوية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
تخصّص آداب	55	1.95	0.15	108	دالة احصائيا عند مستوى 0.01
تخصّص علوم	55				

يتضح من خلال الجدول رقم (07) أنَّ قيمة المعنوية 0.15 أكبر من 0.05 عند درجة الحرية 108، وعليه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين كلّ من تخصّصي الآداب والعلوم في مستوى الصحّة النفسية، ومنه نقبل الفرضية H0 لتحققها.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي

جدول رقم (08): يمثّل نتائج اختبار الفروق "ت"

المتغيّرات	ن	ت المحسوبة	مستوى المعنوية	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
تخصّص آداب	55	1.82	0.09	108	دالة احصائيا عند مستوى 0.01
تخصّص علوم	55				

يتضح من خلال الجدول رقم (08) أنَّ قيمة المعنوية 0.09 أكبر من 0.05 عند درجة الحرية 108، وعليه لا توجد فروق دالة إحصائيا بين كلّ من تخصّصي الآداب والعلوم في مستوى تقدير الذات، ومنه نقبل الفرضية H0 لتحققها.

تفسير النتائج:

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامّة:

نصت الفرضية العامّة على وجود علاقة بين تقدير الذات والصحّة النفسية، وجاءت النتائج مؤيدة لهذا، حيث دلت على وجود ارتباط دال إحصائيا بين درجات كلّ من تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ السنة ثانية ثانوي، واتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (أبوهين، 2001) التي توصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بيت تقدير الذات والتوافق النفسي.

ويلعب تقدير الذات دورا هامّا في زيادة دافعية الفرد للإنجاز والتعلم وفي تطور شخصيته وجعلها أقل عرضة للاضطرابات النفسية المختلفة، فقد تبين أنَّ تقدير الذات العالي يرتبط بالصحّة النفسية والشعور بالسعادة، في حين أنَّ تقدير الذات المنخفض يرتبط بالاكتئاب والقلق والتوتر والمشكلات النفسية.(mruk, 1995: 190).

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات لدى عيّنة من تلاميذ الثانية ثانوي تعزى لمتغيّر الجنس، اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Pellitteri (2002) ومع نتائج دراسة Furnham& Sheikh(1993)، كما اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة شختور (2004) التي أشارت إلى عدم وجود فروق في درجة تقدير الذات تبعاً لمتغيّر الجنس، واتفقت مع دراسة أبو هين 2004 التي توصلت لعدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى تقدير الذات.

واختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة خليل (2009)، كما اختلفت مع نتائج دراسة دخان والحجار (2006)، ومع نتائج دراسة حسنين (2004).

ويرى الباحث في عدم وجود فروق جوهرية في مستويات تقدير الذات لدى تلاميذ الثانية ثانوي تبعاً لمتغيّر الجنس إلى أنَّ التلاميذ ذكوراً وإناثاً لديهم درجة عالية من تقدير الذات واحترام الذات وهذا أمر طبيعي لكلّ إنسان يحترم ذاته.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالفرض الثالث إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية:

واتفقت هذه النتيجة مع نتيجة دراسة **دياب عارف** 2006 التي توصلت **إلى** عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية، وتعارضت مع نتيجة دراسة **حسنين مرعي** 2004 التي توصلت نتائجها إلى وجود فروق دالة بين الجنسين في مستوى الصحّة النفسية لصالح الإناث.

ويرى الباحث عدم وجود فروق في مستوى الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر الجنس إلى اعتبارات عديدة أهمها كون التلاميذ في كلا الجنسين يعيشون مرحلة المراهقة والتي اعتبرها" هول "ميلادا جديدا يحدث في شخصية الفرد حيث يمر نموه عبر سلسلة من التغيّرات الجذرية والسريعة مردها النضج الجنسي والتغيّرات الفسيولوجية المفاجئة، فهي متشابهة لدى كلا الجنسين، كما أنَّ الخصائص الانفعالية هي الأخرى متماثلة في هذه المرحلة، فهم يتمتّعون بنفس الطموح وذلك من أجل تحقيق الأهداف والغايات المرجوة وخاصّة التعليمية

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

حيث توصلت النتائج إلى أنَّ قيمة "ت" المحسوبة (1.82) أقل من قيمة "ت" المجدولة (2.57) عند درجة الحرية (108) وبمستوى دلالة إحصائية (0.01) فهي غير دالة إحصائيا ومنه لا توجد فروق بين تخصّصي الآداب والعلوم في مستوى تقدير الذات، وهذا ما توصلت إليه نتائج دراسة **عثمان عبد الفتاح 1995**، ويرى الباحث سبب النتيجة هو أنَّ كلا المجموعتين وباختلاف التخصّص الدراسي لديهم نظرة إيجابية للمستقبل فهم يفتخرون بتخصّصهم ويعتقدون أنَّ اختيارهم كان مناسبا وهذا بناءا على رغبتهم بدراسة تخصّصات محددة لاحقا في الجامعة وبالتالي مهما كان التخصّص الذي ينتمي اليه التلميذ فهو يشعر بتقدير عالي للذات ولا يرى أنَّ التلميذ في التخصّص الآخر أفضل منه

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

توصلت نتائج هذه الفرضية إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين كلّ من تخصّصي الآداب والعلوم في مستوى الصحّة النفسية

- ويعتقد الباحث أنَّ التفسير المنطقي لهذه النتيجة هو كون التلاميذ في المرحلة الثانوية لا يدرسون مواضيع ومواد معرفية محددة تساهم في تطوير قدراتهم والتعرّف على استعداداتهم وامكانياتهم الذاتية ممّا قد يؤثّر على صحتهم النفسية نتيجة لتلك المادة المعرفية أو الممارسات السلوكية مثل ما هو عليه في المراحل اللاحقة كالجامعة مثلا.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة يوصي الباحثان بما يلي:

- حث الوالدين والأسرة على خلق جو من الترابط الأسري والاجتماعي وذلك للحفاظ على الصحّة النفسية لأبنائهم.

- حث التلاميذ على المحافظة على درجة عالية من تقدير الذات واحترام الذات حيث أنَّ نظرة الإنسان لنفسه تؤثّر على سلوكه تجاه المجتمع الذي يعيش فيه ويتفاعل مع عناصره المختلفة.

- حث التلاميذ على عدم الرضوخ للضغوط النفسية والحياتية والتي يؤدي التفكير فيها إلى القلق والإرهاق والإحباط خاصّة في الظروف الحالية السائدة في مجتمعنا.

- حث المؤسّسات التربوية على عمل دورات تتعلق بالإرشاد والتوجيه في جوانب الصحّة النفسية وتقدير الذات لتساعد التلاميذ على الحفاظ على صحتهم النفسية في ظل الظروف الحياتية الصعبة.

- حث الباحثين على إجراء الدراسات حول تقدير الذات والصحّة النفسية وعلاقتها بمتغيّرات أخرى من أجل إلقاء المزيد من الضوء على تقدير الذات والصحّة النفسية لما لهما من أهمّية في حياة الفرد.

خاتمة:

وما نقوله ختاما حول هذه الدراسة التي بحثت في موضوع العلاقة بين تقدير الذات والصحّة النفسية لدى عيّنة من تلاميذ المرحلة الثانوية، وبعد النتائج المتوصل اليها من خلال الدراسة الميدانية لعيّنة البحث التي بلغ عددها 110 من التلاميذ ذكورا وإناثا من تخصّصي العلوم والآداب وذلك بتطبيق مقياس للصحّة النفسية من اعداد كامل الزبيدي وسناء مجول الهزاع، ومقياس تقدير الذات من اعداد موريس روسنبورغ الذي ترجمه وكيفه الدكتور علي بوطاف توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

–من خلال نتائج الفرضية الأولى تبين أنَّ لتقدير الذات علاقة بالصحّة النفسية ومنه تحققت الفرضية الاولى.

–من خلال نتائج الفرضية الثانية تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في تقدير الذات، ومنه تحققت الفرضية الثانية.

–من خلال نتائج الفرضية الثالثة تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في درجة الصحّة النفسية، ومنه تحققت الفرضية الثالثة

-من خلال نتائج الفرضية الرابعة تبين عدم وجود فروق في درجة تقدير الذات تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي، ومنه تحققت الفرضية الرابعة.

- من خلال نتائج الفرضية الخامسة التي توصلت إلى عدم وجود فروق في درجة الصحّة النفسية تعزى لمتغيّر التخصّص الدراسي، ومنه تحققت الفرضية الخامسة.

ومنه نستنتج أنَّ لتقدير الذات الأثر البالغ الأهمّية على صحتنا النفسية وتوافقنا الاجتماعي.

المراجع

1-أبو هين فتحي: تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني المشارك في انتفاضة الأقصى، مجلة جامعة الأقصى، المجلد (5)، ص ص. 2001.

2--الصبان ناصر: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عيّنة من النساء السعوديات المتزوجات في مكة المكرمة، رسالة ماجستير جامعة الملك سعود، الرياض، السعودية. 2003.

3- العاني عبد اللطيف: المشكلات الاجتماعية، جامعة بغداد، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، بغداد، العراق. 1990.

4- بشير معمرية:" القياس النفسي وتصميم أدواته "، منشورات الحبر لنشر والتوزيع الجزائر، ط2، 2007.

5- دخان علي، والحجار هاشم، الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم، مجلة الجامعة الإسلامية، م.(17) ع.(2). 2006.

6- حليحل احمد: التصور الذاتي كعامل مؤثّر على اختيار التخصّص للطالب المسلم والدرزي في فلسطين المحتلة عام 1948، معهد إعداد المعلمين العربي، مجلة رسالة، مجلد (5)، عدد (11)، ص ص. 1995.

7- حسنين مرعي: الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحّة النفسية للطفل في مدارس وكالة الغوث في غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، غزة. 2004.

8- خليل جميل: الاغتراب وعلاقته بالصحّة النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في محافظات غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية بغزة، غزة. 2009.

9- خويص عايدة: العلاقة بين مشاركة المعلمين في اتخاذ القرارات وتقديرهم لذاتهم في مدارس القدس، رسالة ماجستير، جامعة القدس، القدس. 2001.

10- ذياب عارف: دور المساندة الاجتماعية كمتغيّر وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحّة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير، القدس، فلسطين.2006.

11- ربعي منذر: الاغتراب وعلاقته بتقدير الذات لدى طلبة الصف الحادي عشر في جنوب الخليل، رسالة ماجستير، جامعة القدس، القدس، الفلسطيني.2006.

12- زهران حامد،: الصحّة النفسية والعلاج النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر. 1980.

13- سليمان رغدة: درجات تقدير الذات والاكتئاب والقلق لدى الأحداث الجانحين والعاديين في الضفة الغربية بفلسطين، رسالة ماجستير، جامعة القدس، فلسطين. 2003.

14- شختورسعيد: دراسة مقارنة للأطفال المحرومين وغير المحرومين في القلق وتقدير الذات للفلسطينيين في منطقة بيت لحم، رسالة ماجستير، جامعة القدس، القدس. 2004.

15- فؤاد البهي السيد: علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة، ب ط. 2006.

16- قاسمي سميح: الفروق بين الكويتيين العاملين في القطاعين العامّ والخاصّ في الاندماج في العمل، إدارة البحث والدراسات في الكويت، دولة الكويت. 2009.

17- عايدة ذيب عبد الله محمد:" الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة، " دار الفكر ناشرو ن وموزعون،، عمان، ط1، 2010.

18- عثمان، عبدالفتاح: الخجل وعلاقته بتقدير الذات والتحصيل الدراسي للأطفال،مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعوم الإنسانية، العدد 5، المجلد 12، جامعة الكويت، 1995.

19- عدس عبد الرحمن: علم النفس التربوي: نظرة معاصرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن. 1998.

20- عكاشة احمد: الرضا النفسي: الباب الملكي للصحّة والسعادة، الهيئة المصرية العامّة للكتاب، القاهرة، مصر. 2008.

21- علاء الدين كفافي، الصحّة النفسية،، القاهرة، دار الطباعة والنشر والتوزيع والاعلان، ط4، 1997.

22- علاء الدين كفافي. تقدير الذات في علاقته بالتنشئة الوالدية والأمن النفسي، دراسة في عملية تقدير الذات، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، العدد التاسع والثلاثون، مجلد9، مجلس النشر العلمي الكويتي، جامعة الكويت، 1989.

23- على أحمد علي: الصحّة النفسية: مشكلاتها ووسائل تحقيقها، مكتبة عين شمس، القاهرة، مصر. 1997

24- كامل وحيد: علاقة تقدير الذات بالقلق الاجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع، مجلة كلّية التربية النوعية، جامعة الزقازيق، جمهورية مصر العربية، 2003.

25- محمد الداودي، محمد بوفاتح: منهجية البحوث العلمية والرسائل الجامعية، دار ومكتبة الأوراسية، ط1، 2007.

26- ممدوحة سلامة. المعاناة الاقتصادية في تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة، مجلة دراسات نفسية، ك1،ج3، تصدر عن رابطة الأخصائيين1991.

27- منشورات جامعة القدس المفتوحة: المشكلات الاجتماعية، المكتبة الوطنية، عمان، الأردن، 2008.

28-Zuckerman, D,M.: Confidence and aspirations: self- esteem and self concepts as predictors of students , life goals , Journal of Personality , Dec53(4) , PP 543- 560. 2002.

29-Pellrtteri: Self Concept and Self- Esteem in Elementary Children. Psychology in the Schools. 31,164- 171.2002.

30-Rigby, B.: Social Support and Stress: the role of Social Comparison and Social Exchange Processes. British journal of clinical psychology. Vol (31).2005.

31-Borella N.: A Study Of Social Support Network Measurement in high school students. Japanese journal of health psychology. Vol (7). No (1).1999.

32-Furnham A. & Sheikh S.: Gender generational and social supper correlates of mental health in Asian immigrants. International journal of social psychiatry. Vol (39). No (1). 1993.

33-Kaiser&Ozer,: Social support and psychological distress in primary care at tenders. Psychotherapy & psychosomatics. Vol (68). No (1). 1997.

34- Articles universitaires correspondant aux termes mruk c. self-esteem research theory and practice. springer, 1995.

مساهمة الأخصائي النفساني في خفض قلق الامتحان وتدعيم الصحّة النفسية لدى تلاميذ أقسام الامتحانات الرسمية (شهادة البكالوريا والتعليم المتوسط)

أ-أحمد رماضنية- أ-مختار غريب
جامعة عمار ثليجي بالأغواط

ملخص

إن المدرسة ليست مجرد مكان يتم فيه تعلم المهارات الأكاديمية والعلمية، وإنما هي مجتمع مُصغَّر يتفاعل فيه الأعضاء ويؤثّر بعضهم في البعض الآخَر، وإذا كانت أسس الصحّة النفسية للفرد تبدأ في البيت خلال السنوات التكوينية الأولى لحياة الطفل مع أسرته، فأن المدرسة تظل رغم ذلك ذات أثر تكويني هامّ في حياة الطفل وشخصيته لا يكاد يقلُّ عن أثر البيت، ذلك أنَّ المفهوم الحديث للمدرسة لا يقتصر على مجرد كونها مكانًا يتزود الطفل فيه بالمعرفة وحسب، بل مجال تتفتَّح فيه شخصيته وترقى في جوِّهِ إمكانياته وتنمو فاعليته في المجتمع، وهي بذلك ذات رسالة تربوية تهدف إلى ما هو أشمل من مجرد التعليم وتحصيل المعرفة، ومن أهم أهداف هذه الرسالة تكوين الشخصية المتكامِلة للتلميذ وإعداده ليكون مواطنًا صالحًا، ورعاية نموه البدني والذهني والوجداني والاجتماعي في آنٍ واحد معًا.

لذا أولت وزارة التربية اهتماما بالغا بصحّة التلاميذ من نواحي متعددة وخاصّة الجانب النفسي إذ تشكل الصحّة النفسية واحدة من التحديات الصحية الكبرى التي تواجهها المؤسّسات التربوية، ولهذا سخرت الوزارة أخصائيين نفسانيين يهتمون بالجانب النفسي للتلاميذ ويعملون التخفيف من حدة قلق الامتحان وتدعيم الصحّة النفسية لديهم خاصّة المقبلين منهم على الامتحانات الرسمية والذين يكونون في ضغط نفسي أكثر من غيرهم ويعانون من قلق الامتحان.

الكلمات المفتاحية: الأخصائي النفساني، قلق الامتحان، الصحّة النفسية.

Abstract

The school is not just a place is where learning academic and scientific skills, it is a miniature community reacts to the members and affect each other in others. And if the foundations of the mental health of an individual begins at home during the early formative years of the child to life with his family, the school remains nonetheless an impact an important formative in a child's life and personality hardly least on the impact of the house. So that the modern concept of the school is not limited to just being a place to avail itself of the child where knowledge, but also an area where blooming character and live up in the faces of potential and grow its effectiveness in the community. And thus with an educational message aimed what is more comprehensive than just the acquisition of knowledge and education. And the most important goals of this integrated personal message formation of the

pupil and set it up to be a good citizen, and care for physical, mental, emotional and social development at the same time together.

مقدمة

ممّا لاشكّ فيه أنَّ الهدف الذي يسعى إليه تلاميذ الأقسام النهائية هو الحصول على الشهادة التي تؤهله إلى الارتقاء إلى المستوى الأعلى (شهادة التعليم المتوسط، شهادة البكالوريا) وللحصول على هذه الشهادة يواجه التلاميذ العديد من المشكلات الدراسية التي تؤثّر على قدرتهم في التحصيل، ومن هذه المشكلات ما يغلب عليه الطابع العقلي مثل ملاءمة قدرات التلاميذ واستعداداتهم من جهة ومتطلبات الدراسة من جهة أخرى، أمّا النوع الآخر فيغلب عيه الطابع الانفعالي مثل صعوبة التوافق والتكيف النفسي مع الزملاء الأساتذة، وتبرز على رأس هذه المشاكل مشكلة قلق الامتحان والذي يعد ظاهرة لا يمكن إنكارها أو تجاهلها فقد تناولها العديد من الباحثين محاولين بذلك إيجاد الحلول المناسبة والناجعة لها ،و نظرا لأهمّية الشهادة التي يحاول التلميذ الحصول عليها فهي تسبب ضغطا كبيرا عليه من حيث ضرورة اجتيازها، ممّا تجعله يقيم موقف الامتحان على أنّه تهديد شخصي له، وهو في مواقف الامتحان غالبا ما يكون متوترا وخائفا وعصبيا ومستثارا انفعاليا فضلا عن التمركز السلبي للمعرفة المضطربة، وذلك نتيجة خبرته السابقة والتي تؤثّر على انتباهه وتتداخل مع تركيزه أثناء الامتحانات. (محمد زايد ،2003، ص170)

وهذا ما يطلق عليه قلق الامتحان الذي يتمثّل في مشاعر الرهبة أو الضيق والانزعاج التي تثيرها خبرة الامتحان وتقترن به تسبقه وتصحبه فضلا عما يرتبط بهذه المشاعر من استجابات فسيولوجية نابعة عن الجهاز العصبي اللاإرادي. (محمد عبد الخالق،2001، ص85).

ولقد بين كولر وهولان (1998) أنَّ موضوع قلق الامتحان قد انتقل من كونه مجالا حديثا للبحوث في الخمسينيات من هذا القرن إلى أن أصبحت له أهمّية بالغة في مجالات الدراسة في علم النفس التعليمي والإرشاد النفسي في الوقت الحاضر في هذا المجال بهدف مساعدة الطلاب الذين يعانون من قلق الامتحان.

ويلجأ بعض التلاميذ بسبب الخوف من الامتحانات إلى الهروب من الموقف أو الغياب عن الامتحان، وجميعها وسائل دفاعية عصبية تهدف إلى الدفاع عن الذات، لذلك فان قلق الامتحان من أهم الانفعالات المتعلقة بالتحصيل الدراسي، وإن كان القلق يسبب كلّ هذا التوتر للتلاميذ في مختلف المراحل التعليمية فان التلميذ الذي سيجتاز الامتحان ينال النصيب الأكبر من هذا الخوف أو الانزعاج، حيث يبقى امتحان الثانوية في معظم دول العالم الثالث من أهم خصائص النظام التربوي.

(محمد العجمي 1999، ص135).

ومن فروع علم النفس الذي اهتم بهذه الظاهرة علم النفس المدرسي الذي كرس بعض علمائه جهودهم للبحث في شتى جوانب هذه الظاهرة التي طالما لاحقت التلميذ في معظم مراحل التعليم.

يعتبر القلق مظهرا من المظاهر السلبية في الحياة العصرية، فالقلق يمثّل الشعور بالخوف والتوتر وعدم الارتياح، ولهذا احتل موضوع القلق موقعا هامّا في الدراسات النفسية القديمة والحديثة لما يسببه من ضغوطات نفسية على الأفراد.

ويمثّل قلق الامتحان جانبا من جوانب القلق العامّ الذي يستثيره موقف التقويم ويعبر عن مشكلة نفسية انفعالية يمر بها التلاميذ خلال فترة الامتحانات ومن بين المحاولات الجادة في البيئة العربية التي تناولت موضوع القلق بصفة عامّة وقلق الامتحان بصفة خاصّة وتأثيره على السلوك الإنساني دراسة حامد زهران(1999) بعنوان "مدى فاعلية برنامج إرشادي مصغر للتعامل مع قلق الامتحان بأسلوب الموديولات " والذي حاول من خلالها تصميم برنامج إرشادي للتعامل مع قلق الامتحان وكذلك دراسة صالح (1997) بعنوان " مدى فاعلية الإرشاد السلوكي في خفض قلق الامتحان لدى الباقين للإعادة في الثانوية ". (إبراهيم أبو عزب،2008، ص4).

الأخصائي النفساني:

هو شخص متخصّص يجب أن تتوفر فيه سمات مميزة تجعله شخصا ناجحا في عمله، وذلك من خلال تلقيه إعدادا وتدريبا متكاملين في مجموعة من الدراسات النفسية الخاصّة بأقسام علم النفس بالجامعات، ليتسنى له القيام بدوره الفعال وتجنب الصعوبات التي تعيقه عن أداء مهامّ الممارسة السيكولوجية.

تعريف قلق الامتحان

تعريف محمد حامد زهران:" قلق الامتحان هو نوع من القلق العامّ المرتبط بمواقف الامتحان، حيث تثير هذه المواقف في الفرد شعورا بالانزعاج والانفعالية، وهو حالة انفعالية وجدانية مكدرة تعتري الفرد في الموقف السابق للامتحان أو في موقف الامتحان ذاته، وتتسم هذه الحالة بالشعور بالتوتر والتهديد والخوف من الامتحان ومتعلقاته."

ويعقب على هذا التعريف بما يلي: أنَّ قلق الامتحان يتضمن الاستجابات النفسية والفسيولوجية للمثيرات التي يربطها الفرد بخبرات الامتحان، حيث يشعر الطالب بالتوتر والضيق والخوف والانزعاج في مواقف التقييم، حيث تكون قدراته موضع فحص وتقييم. (حامد زهران،2000، ص 96).

تعريف هادي مشعان ربيع وإسماعيل محمد الغول: هو حالة نفسية تتصف بالخوف والتوقع، أي أنه حالة انفعالية تصيب بعض الطلاب قبل وأثناء الامتحانات مصحوبة بتوتر وتحفز وحدة انفعالية وانشغالات عقلية سالبة تتداخل مع التركيز المطلوب أثناء الامتحان ممّا يؤثّر سلبا على المهامّ العقلية في موقف الامتحان. (مشعان ربيع ومحمد الغول،2007، ص56)

تعريف عايدة عبد الله أبو صيامه (1995): " هو انفعال شديد يدفع الفرد إلى تجنب موقف الامتحان ".

فحين يضطر الفرد إلى مواجهة الموقف فإنه يحاول أن يحمي نفسه منه عن طريق التكيف السلبي، وذلك عن طريق الشعور بالخوف والقلق الذي ترافقه بعض المظاهر مثل: آلام المعدة والنسيان، وهي جميعها وسائل تكيف سلبية يلجأ إليها الممتحن لتساعده على تجنب موقف الامتحان (قريشي ،2002، ص130).

تعريف الجلالي (1989): " هو حالة شعور الطالب بتوتر وعدم الارتياح نتيجة حصول اضطراب في الجوانب المعرفية والانفعالية، ويكون مصحوبا بأعراض فسيولوجية ونفسية معيّنة، قد تظهر عليه عند مواجهته لمواقف الامتحان أو تذكره لها أو استثارة خبراته للمواقف الاختيارية ".

يعرفه دوسك (1980): بأنّه شعور غير سار أو حالة انفعالية تلازمها مظاهر فسيولوجية وسلوكية معيّنة، وتلك الحالة الانفعالية يخبرها الفرد في الامتحانات الرسمية ومواقف التقييم الأخرى.(سايحي، 2004، ص 72).

يعرف جون (Gohn 1985):قلق الامتحان بأنّه حالة يمر بها الطالب نتيجة الزيادة في درجة الخوف والتوتر أثناء المرور بموقف الامتحان , وكذلك الاضطراب في النواحي الانفعالية والمعرفية والفسيولوجية (مرجع سابق، 2008، ص 58).

يتضح من التعريفات السابقة أنَّ قلق الامتحان عبارة عن شكل خاصّ من القلق العامّ يعيشه الطالب في وضعية الامتحان ويتصف بأنّه:

- حالة انفعالية تثيرها مواقف التقييم.
- إدراك الطالب للمواقف التقييمية أو الامتحانات بأنّها مهددة له.
- له مظاهر نفسية وفسيولوجية وسلوكية.
- يؤثّر على العمليات العقلية كالانتباه والتذكر وبالتالي يؤثّر بالسلب على الأداء في الامتحان.

تصنيف قلق الامتحان: هناك نوعين من قلق الامتحان هما:

قلق الامتحان الميسر Facilitative:

وهو قلق الامتحان المعتدل ذو الأثر الإيجابي المساعد، والذي يعتبر قلقا دافعيا يدفع الطالب إلى الدراسة والاستذكار والتحصيل المرتفع كما ينشطه ويحفزه على الاستعداد الجيد للامتحان وييسر أداءه الامتحان.

ويلاحظ أنَّ قلق الامتحان المعتدل مع القدرة على التحكم في الانفعالات السالبة يؤديان إلى تحسين الأداء في الامتحان حسب جينا آرميندارين (1998).

قلق الامتحان المعسر Debilitative:

وهو قلق الامتحان المرتفع ذو الأثر السلبي المعوق، حيث تتوتر الأعصاب ويزداد الخوف والانزعاج والرهبة ويستثير استجابات غير مناسبة ممّا يعوق قدرة الطالب على التذكر والفهم , ويربكه أثناء استعداده للامتحان ويعسر أداءه فيه. (مرجع سابق،2000، ص98).

ممّا سبق يلاحظ أنَّ قلق الامتحان المرتفع له تأثيرا سلبي على التحصيل الدراسي وفي أداء الامتحان، والطلاب الذين يعانون من قلق الامتحان ولا يتم معهم تدخل إرشادي يظل أداؤهم على ما هو دون تقدم، بينما الطلاب الذين يستفيدون من خدمات إرشادية لخفض قلق الامتحان يصبحون أكثر توافقا دراسيا، ويشعرون بالثقة في النفس والاطمئنان ويكون أداؤهم أفضل في مواقف التقييم ويرتفع تحصيلهم الدراسي، وهذا يبين أهمّية بناء وتطوير البرامج الإرشادية التي تهدف إلى ترشيد قلق الامتحان والتقليل من نتائجه التي قد تكون خطيرة، وتؤدي إلى الرسوب أو الفشل أو التخلف الدراسي.

مكونات قلق الامتحان: يتضمن قلق الامتحان مكونين أساسيين هما:

المكون المعرفي أو الانزعاج:

يعرفه سبيلبرجر (1980) بأنّه اهتمام معرفي بالخوف من الفشل والانشغال المعرفي حول نتائج الإخفاق (الرسوب)، ويتمثّل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف الاختباري، والتفكير الموضوعي والانتباه والتركيز والتذكر وحل المشكلة، فيستغرقه الانشغال بالذات والشكّ في مقدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة والتفكير في عواقب الفشل مثل فقدان المكانة والتقدير وهذا يمثّل سمة القلق.

المكون الانفعالي:

" يعرفه سبيلبرجر (1980) بأنّه ردود الفعل التي تصدر عن الجهاز العصبي الذاتي نتيجة لضغط تقويمي"، فيشير مكون الانفعالية إلى الحالة الوجدانية والنفسية المصاحبة والناتجة عن الإثارة

التلقائية، والتي هي عبارة عن الإحساس بالتوتر والضيق التي يشعر بها الطالب في مواقف التقويم، بالإضافة إلى مصاحبات فسيولوجية وهذا يمثّل حالة القلق. (مرجع سابق، 2004 ، ص 81).

مظاهر قلق الامتحان: تتعدد مظاهر قلق الامتحان ومن أهمها ما يلي:

- الخوف والرهبة من الامتحان.
- الخوف من الامتحانات الشفوية المفاجئة.
- التوتر قبل الامتحان.
- توقع تقديرات منخفضة أو الرسوب في الامتحان.
- الشعور بقصور الاستعداد للامتحان.
- الاهتمام الزائد والشكّ أثناء التحصيل خلال العام الدراسي.
- الارتباك والتوتر ونقص الاستقرار والأرق وفقدان الشهية أيام الامتحان وفي موقف الامتحان.
- نقص الثقة بالنفس.
- الشعور بالضغط النفسي للامتحان والعصبية الشديدة أثناء الإجابة في الامتحان.
- الاضطرابات الفسيولوجية أثناء أداء الامتحان مثل: سرعة ضربات القلب وزيادة معدل التنفس، ارتباك المعدة، تصبب العرق، توتر العضلات، ارتعاش اليدين، جفاف الفم وصعوبة الكلام.
- تشتت الانتباه وضعف القدرة على التركيز واستدعاء المعلومات أثناء أداء الامتحان.
- اضطراب العمليات العقلية كالتركيز والذاكرة والتفكير.
- الرعب الانفعالي الذي يشعر الطالب بأنّ عقله صفحة بيضاء وأنه نسي ما راجعه بمجرد الاطلاع على ورقة الأسئلة.
- الإصابة بالصداع شديد عند استلام ورقة الأسئلة.
- نقص إمكانية المعالجة المعرفية للمعلومات. (مرجع سابق ،2000، ص100).

من خلال عرض هذه المظاهر نلاحظ أنَّ قلق الامتحان يؤثّر على النواحي الانفعالية والمعرفية والفسيولوجية والسلوكية، ممّا يؤدي إلى نقص في الأداء العامّ للامتحان، وهو ما يستدعي التدخل الإرشادي للتخفيف من هذه المظاهر السلبية.

النظريات المفسرة لقلق الامتحان:

لقد حاولت الكثير من النظريات الحديثة تناول موضوع قلق الامتحان من عدة جوانب وتتمثّل هذه النظريات فيما يلي:

النظرية السلوكية:

يرى السلوكيون أنَّ الأفراد يستخدمون استراتيجيات تكييفية منها إيجابية ومنها سلبية لدى تفاعلهم مع الأوساط المحيطة بهم وما تفرضه عليهم من ضغوطات ومشكلات، وقلق الامتحان إستراتيجية سلبية تتمثّل في الانسحاب النفسي والجسدي من الوضع المثير يظهر في أنماط سلوكية متنوّعة مثل: التعرق وزيادة إفراز الأدرينالين والبكاء وعدم القدرة على مسك القلم والكتابة والتشنج.

(عصفور، 1994، ص54)

نظرية تجهيز المعلومات:

وفقا لهذه النظرية يعود قصور التلاميذ ذوي القلق العالي للامتحان حسب بنجامين وزملائه (Benjamin (1981 إلى مشكلات في تعلم المعلومات أو تنظيمها، أو مراجعتها قبل الامتحان أو استدعائها في موقف الامتحان ذاته، أي أنَّ هؤلاء التلاميذ ليس لديهم القدرة على تنظيم مفاهيم المواد الدراسية حتى في المواقف غير التعليمية مقارنة بالتلاميذ الآخرين ذوي القلق المنخفض.

النظرية المعرفية:

نتيجة لبحوث ماندلر وساراسون (1952) وآخرون وواين (1971، 1980) قامت نظرية قلق الامتحان بصفة أساسية على نموذج التداخل , ورأت أنَّ التأثير الرئيسي للقلق في موقف الامتحان هو دخول وتأثير عوامل أخرى، حيث ينتج القلق العالي استجابات غير مرتبطة بالمهامّ المطلوبة مثل: عدم التركيز، والميل نحو الأخطاء أو الاستجابات المركزة حول الذات التي تتنافس وتتداخل مع الاستجابات الضرورية المرتبطة بالمهامّ الأساسية ذاتها والتي هي ضرورية للإنجاز الجيد في موقف الامتحان، ولعل هذا ما يتماشى مع وجهة نظر واين، الذي يرى أنَّ الآثار السيئة لقلق الامتحانات بالنسبة للأداء لها تفسير يتصل بالانتباه، فالتلاميذ ذوي القلق العالي للامتحان يقسمون غالبا انتباههم بين الأمور المرتبطة بالمهمة المطلوبة في موقف الامتحان أو استجابات غير مرتبطة بالمهمة وهي استجابات القلق، في حين أنَّ الأفراد المنخفضين في قلق الامتحان غالبا ما يركزون على الأمور المرتبطة بالمهامّ المطلوبة فقط بدرجة أكبر. (مرجع سابق،2004، ص72).

أمّا كولر وهولان فقد درسا القدرة العقلية وعادات الدراسة في الإنجاز الأكاديمي وقد وجد الباحثان أنَّ لدى الطلبة أصحاب القلق العالي في الامتحان قدرات منخفضة وعادات دراسية سيئة،

وعلى هذا فإن جزءا على الأقل من الإنجاز الأكاديمي السيئ لهؤلاء الطلبة ربما يعود إلى معرفة أقل بالمواد الدراسية.(مرجع سابق،1994، ص 54)

نظرية القلق الدافع:

تفسر هذه النظرية قلق الامتحان على أساس أنَّ الدوافع المرتبطة بموقف الامتحان تعمل على حث واستثارة الاستجابات المناسبة للموقف , وقد تؤدي في النهاية إلى أداء مرتفع، وبهذا يعمل القلق كدافع لوظيفة استثارية للاستجابات المناسبة لموقف الامتحان، وأكد تيلور وسبنس في نظريتهما القلق الدافع أنَّ شعور التلميذ بالقلق في الامتحان صفة حسنة تدفعه إلى تحسين أدائه فيحصل على درجات مرتفعة , وهذا يعني أنَّ هناك ربطا بين دافع الشخص للعمل والنشاط وبين القلق , أي أنَّ الإنسان عندما يكون في موقف الامتحان يشعر بالقلق الذي يحفز مهامّه بنجاح.(مرجع سابق، 2004، ص 73)

نظرية القلق المعوق:

تفسر هذه النظرية قلق الامتحان على أساس أنَّ شعور التلميذ بالقلق يعمل كمعوق لسلوكه، حيث أنه قد يثير استجابات مناسبة أو غير مناسبة لموقف الامتحان، وقد يؤدي هذا إلى انخفاض مستوى أداء الامتحان، ويستند هذا النموذج إلى وجهة نظر تشايلد Child التي تقوم على أنَّ القلق كحافز في موقف العمل قد يثير استجابات لا علاقة لها بالعمل. (المرجع السابق ،ص 73).

من خلال عرض هذه النظريات يتضح لنا وجود تباين في تفسيرها لظاهرة قلق الامتحان , فكلّ نظرية تركز على جانب معيّن وتهمل الجوانب الأخرى، فالسلوكية ترى أنَّ قلق الامتحان هو باستراتيجية تكييفية سلبية مع الوضع المثير يظهر في أنماط سلوكية متنوّعة. أمّا نظرية تجهيز المعلومات فركزت على العلاقة بين القلق وقصور تجهيز المعلومات , والنظرية المعرفية ركزت على علاقة قلق الامتحان بالعمليات المعرفية كالانتباه , ونظرية القلق الدافع نظرت إلى القلق على أنّه دافع ومحفز للأداء الجيد في الامتحان، وعلى عكس ذلك اعتبرته نظرية القلق المعوق كمعوق للأداء خاصّة في المهمات الصعبة.

والحقيقة أنَّ هذه النظريات مكملة لبعضها البعض في تفسير قلق الامتحان، الذي يعتبر تكيف سلبي مع مواقف التقييم يؤدي إلى تشتت الانتباه وعدم التركيز ويحدث الفشل في أداء المهمة، بالإضافة إلى العادات السيئة والتي تؤدي بدورها إلى قصور في تعلم المعلومات وتنظيمها ومراجعتها واستدعائها أثناء الامتحان، وقد يكون هذا القلق دافعا إذا كان معتدلا أو متوسطا ويؤدي إلى النشاط والأداء الجيد.

أسباب قلق الامتحان:

توجد مجموعة من الأسباب أو العوامل التي تدفع بالتلميذ أو الطالب إلى الشعور بحالة القلق أثناء الامتحانات من أهمها ما يلي:

الشخصية القلقة:

قد تكون شخصية الطالب من الشخصيات القلقة، بحيث يصبح عرضة لقلق الامتحان أكثر من غيره لأنه يحمل سمة القلق، ومن المرجّح أن يزيد قلق الامتحان لديه كموقف أكثر من غيره.

عدم استعداد التلميذ للامتحان:

يعد من أهم الأسباب التي يؤدي بالتلميذ إلى حالة القلق أثناء الامتحان، وذلك ناتج عن عدم المراجعة والتحضير الجيد وعدم التهيؤ النفسي والعقلي وعدم تهيئة الظروف البيئية والمنزلية.

الأفكار والتصورات الخاطئة عن الامتحان:

حيث يحمل التلميذ في ذهنه تصورا خاطئا عن الامتحان، يقوم على أساس أنَّ الامتحان عبارة عن موقف تهديد للشخصية وهو المحدد للمستقبل، ممّا يكون في كثير من الأحيان سببا لشعوره بالقلق.

طريقة إجراء الامتحان:

في كثير من الأحيان تكون طريقة إجراء الامتحانات دافعا قويا لشعور التلميذ بالقلق، وذلك من حيث طبيعة الأسئلة وما تحاط به من سرية وتكتم وانشغال الجميع بها ما يبعث على الرهبة والخوف.

عامل الأسرة:

قد تكون الأسرة من بين الأسباب التي تؤدي بالتلميذ إلى الشعور بالقلق أثناء الامتحانات، وذلك من خلال أساليب التنشئة التقليدية كالتهديد بالعقاب أو الحرمان من أمور معيّنة إذا لم ينجح، أو حرصها الزائد على مستقبله ممّا يؤدي إلى خوفه من النتائج السيئة وبالتالي الشعور بالقلق.

المعلم:

وذلك من خلال ما يبثه من خوف في أنفس التلاميذ من الامتحان أو استخدامها كوسيلة للعقاب في بعض الأحيان، وكذلك كون المعلم هو الذي يبني الامتحانات ويعدها ويشرف عليها.

مواقف التقويم ذاتها: بمجرد ما يشعر الفرد بأنّه موضع تقويم في أي موقف من مواقف الحياة فإن ذلك يشعره بالقلق، والتلميذ هو كذلك إذا شعر أنه موضع تقويم وامتحان فإن مستوى القلق سيرتفع لديه.

التعلم الاجتماعي من الآخرين:

التلميذ قد يكتسب سلوك قلق الامتحان من الأفراد الآخرين، وذلك عن طريق تقليد ومحاكاة لنموذج القلقين من التلاميذ وخاصّة المؤثّرين منهم. (مشعان ربيع ومحمد الغول،2007، ص 58 - 60).

أمّا محمد حامد زهران فيرى الأسباب التالية للقلق:

- نقص المعرفة بالموضوعات الدراسية.

- نقص الرغبة في النجاح والتفوق.

- وجود مشكلات في تعلم المعلومات أو تنظيمها أو مراجعتها قبل الامتحان أو استدعائها في موقف الامتحان ذاته.

- انخفاض قدرات الطالب وعجزه وتوقع الفشل في حياة التلميذ وتكرار مرات الفشل.

- قصور الاستعداد كما يجب.

- الاتجاهات السالبة لدى التلاميذ والمعلمين والوالدين نحو الامتحانات والنظر إليها على أنّها تهديد دائم.

- الشعور بأنّ المستقبل يتوقف على الامتحانات.

- الضغوط البيئية وخاصّة الأسرية لتحقيق طموح لا يتناسب مع قدرات التلميذ.

- محاولة إرضاء الوالدين والمعلمين والمنافسة مع الرفاق.

- اكتساب قلق الامتحان حين يقترن بمثيرات منفرة أو مخيفة غير شرطية مثل: التقييم الاجتماعي السالب والمصاحبات الفسيولوجية غير السارة.

- الضغوط المباشرة حين يتعرض التلميذ للتهديد أو يواجه الفشل أو حتى احتمال الفشل. (مرجع سابق، 2000، ص 199)

تأثير قلق الامتحان على العمليات العقلية للتلميذ:

يؤثّر قلق الامتحان على العمليات العقلية للتلميذ وهذا التأثير يتجسد بثلاث مظاهر أساسية وهي:

التأثير على الذاكرة:

تنقسم الذاكرة إلى ثلاث عمليات رئيسية وهي: الاستقبال التخزين، الاسترجاع والقلق يؤثّر على كفاءة العمليات الثلاثة، لذلك حين يكون التلميذ قلقا يشعر بأنّه لا يستطيع التركيز ولا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات الواردة للمخ ولا يستطيع بالتالي استعادة المعلومات المخزنة.

التأثير على التفكير:

بما أنَّ التفكير عملية معقدة تحتاج لقدرات عقلية متعددة فإن القلق يؤثّر كثيرا في قدرة التلميذ على التفكير السليم، لذلك يمكن أن تحدث حالة تسارع للتفكير دون سيطرة أو تحدث حالة انغلاق وتوقف. (مرجع سابق، 2007 ص 57)

ظاهرة فراغ العقل:

بعض التلاميذ يبذلون جهدا كافيا في المذاكرة , ولكنهم في بعض الأوقات وخاصّة قبل الامتحان بأيام قليلة أو أثناء الامتحان يشعرون وكأن عقولهم أصبحت فارغة تماما من المعلومات، وهذا ما يؤدي بهم إلى حالة من الانزعاج تصل أحيانا إلى درجة الهلع وبعضهم يرى ورقة الأسئلة كأنها بيضاء تماما أو سوداء تماما وهذه الحالة نتيجة لدرجة عالية من القلق، ويكفي التلميذ أنَّ يجلس لبعض الوقت ويحاول استعادة هدوئه وسوف يجد أنَّ باب الذاكرة ينفتح بالتدريج , وأنه أصبح قادرا على استرجاع المعلومات الخاصّة بها شيئا فشيئا، فالأسئلة نفسها تعتبر مفاتيح للذاكرة المختزنة.(المرجع السابق، ص58).

قياس قلق الامتحان:

نشطت البحوث التجريبية حول قلق الامتحان منذ منتصف القرن العشرين بعد أن نشرت جانيت تيلورJanet Taylor (1951) مقياس القلق الصريح ,وتركز الاهتمام في تلك الفترة على قياس القلق العامّ وخاصّة في مرحلة الطفولة , إلاّ أنَّ نايزوندر (1971) أوضح أنه رغم الاهتمام الكبير الذي أبداه العلماء بالقلق العامّ ظهر أيضا الاهتمام النسبي بدراسة أنواع أخرى مثل: قلق الامتحان كشكل محدد من القلق المرتبط بمواقف التقويم والتقدير, إذ تشير ليلى عبد الحميد إلى أنَّ اهتمام العلماء بقياس قلق الامتحان يعود إلى أهمّية العامل الموقفي الذي يتدخل في درجة قلق الفرد وتؤثّر في أدائه في مواقف التقويم , وقد أعدت مقاييس كثيرة لقياس قلق الامتحان وفي معظمها ذاتية التقرير ومن أشهر هذه المقاييس ما يلي:

- تقرير ذاتي عن قلق الامتحان Test Anxiety Setfreport.
- استبيان ماندلر ساراسون لقلق الامتحان (1952).

- قائمة قلق الامتحان Test Anxiety Vertory(TAI) : ويعرف أحيانا باسم (مقياس الاتجاه نحو الامتحان) وضعه سبيلرجر وآخرون وقد أعده بالغة العربية أحمد عبد الخالق وأعده أيضا كلّ من نبيل الزهار، ماهر الهواري، ومحمد الشناوي وأعدته أيضا ليلى عبد الحميد ويقيس الانزعاج والانفعالية.

- مقياس قلق الامتحان من إعداد علي شعيب , ويتكون من خمسة عوامل هي الخوف والرهبة من الامتحان والضغط النفسي للامتحان والخوف من الامتحانات الشفوية والصراع النفسي المصاحب للامتحان والاضطرابات النفسية والجسمية المصاحبة للامتحان.

- مقياس سوين لسلوك قلق الامتحان The Frirdbentest Anxiety Scaie وضعه إيزاك فريدمان وجاكوب بينداس ومن مقاييسه الفرعية الازدراء الاجتماعي والإعاقة المعرفية والتوتر.

- مقياس قلق الامتحان وضعه رشاد دمنهوري ومدحت عبد اللطيف (1990).

- مقياس قلق الامتحان من المواد الدراسية وضعه صالح مرسي (1997).

- مقياس قلق الامتحان الذي وضعه حامد زهران (1999) والذي طبقناه في دراستنا الحالية.

من خلال عرض هذه المقاييس نلاحظ تنوّعها وكثرتها كما أنّها شملت أبعاد عديدة لظاهرة القلق بصفة عامّة وقلق الامتحان بصفة خاصّة.

الصحّة النفسية:

تعريف الصحّة النفسية:

تعددت تعريفات الصحّة النفسية إلاّ أنها تدور جميعها حول فكرة الكمال والتي أشار إليها اودلف ماير والذي استخدم هذا المصطلح للدلالة على نمو السلوك الشخصي والاجتماعي، وعلى الوقاية من الاضطرابات النفسية العامّة. (احمد زكي صالح، 1959، ص 578)

و يرى أحمد عزت راجح أنَّ الصحّة النفسية هي حالة يخبرها الفرد نفسه وتبدو في عمله وإنتاجه وصلاته الاجتماعية: أي تبدو في توافقه الذاتي وتوافقه الاجتماعي. (أحمد عزت راجح، 1961، ص 447)

أمّا موسوعة علم النفس والتحليل النفسي فتشير إلى أنَّ الصحّة النفسية بأنّها التوافق السليم والشعور بالصحّة والرغبة في الحياة. (عبد المنعم حنفي، 1975، ص 472)

دور المدرسة في تحقيق الصحّة النفسية للطفل بما يلي :

تقوم المدرسة بدور هامّ بجانب الأسرة والمجتمع في المشاركة بالدعم النفسي اللازم لتحقيق الصحّة النفسية للتلاميذ، وذلك من خلال تزويدهم بالخبرات والمهارات المختلفة للنمو النفسي

والجسمي والعقلي واللغوي والانفعالي إضافة إلي تحقيق التفاعل الاجتماعي البناء داخل المدرسة؛ كما أنّ المدرسة لها دور في المساهمة في توسع دائرة هذه المعارف والمعايير والاتجاهات وتنظيمها ويبدأ احتكاك وتفاعل الطفل من خلال المدرسة بعناصر جديدة على حياته ممثّلة بالمدرسين، والتلاميذ، والمنهاج الدراسي بجوانبه المختلفة.

دور المعلم في دعم الصحّة النفسية للتلاميذ:

- معرفة المعلم بخصائص نمو التلاميذ من خلال المراحل العمرية المختلفة من الطفولة إلى المراهقة.
- العمل على توفير الأمان النفسي للتلاميذ.
- العمل على إكساب التلاميذ القيم الإسلامية.
- العمل على رصد واكتشاف الموهوبين داخل الفصل، اكتشاف تلك النماذج والعمل على تشجيعها وتنميتها.
- العمل على نقل حصيلة الخبرة من المعلم إلى التلاميذ في كيفية مواجهة المشكلات التي قد تواجههم.

الصحّة النفسية والمنهج المدرسي

ينبغي على واضعي المناهج الدراسية أن يراعوا عدة أمور لكي يحققوا التوافق للتلاميذ والطلاب:
(1) أن يتفق المنهج وحاجات وخصائص التلاميذ حتى يحظى بالقبول والرضا عنه

(2) أن يرتبط محتوي المنهج باهتمامات التلاميذ، ويتفق مع مطالب مرحلة النمو التي يمرون بها.

(3) أن يجيب على تساؤلات التلاميذ المختلفة.

(4) أن يتصل بحقائق الحياة الاجتماعية والثقافية والفكرية للمجتمع الذي يعيش فيه التلميذ.

(5) يهدف إلى تكوين قدرات عقلية، وخصائص انفعالية، ودافعية، وصفات أخلاقية وترسيخ العقيدة الدينية التي يرتضيها المجتمع لأبنائه ليحقق المنهج الشخصية السوية ليتحقق الأمن النفسي والاجتماعي لكلّ من الفرد والمجتمع

(6) أن يكون المنهج مرنا وذلك بان يراعي جميع مستويات التلاميذ المتفوقين عقليا والمتوسطين وبطئ التعلم.

العلاقة بين التلاميذ وصحتهم النفسية:

للعلاقات القائمة بين الطلبة بعضهم البعض أهمّية كبيرة في حياتهم المدرسية، وفي بناء شخصياتهم فالعلاقات السلبية تؤدي إلى آثار سلبية، ومنها اعتلال الصحّة النفسية واضطرابها،

فيحصل بسببها القلق والانحراف، والشعور بالذنب وغيرها من الحالات المرضية، والمدرسة الناجحة هي التي تدرك أهمّية هذا الجانب وتهيئ الأنشطة والفعاليات التي تبني من خلالها علاقات إيجابية بين الطلبة قائمة على تبادل الثقة والمودة، والشعور بأهمّية التعاون، والاشتراك بالأهداف العامّة، التي تتحقق من خلال الأهداف الخاصّة.

مما سبق يمكن تلخيص دور المدرسة وأهميته بالنسبة للنمو النفسي والصحّة النفسية للتلميذ فيما يلي:

- مراعاة قدرات التلميذ الخاصّة والعمل على تنمية هذه القدرات.

- الاهتمام بالتوجيه والإرشاد النفسي والتربوي والمهني بالاعتماد على المتخصّصين بهذه المجالات.

- مساعدة التلاميذ على وضع أهدافاً واقعية يمكنه تحقيقها مستقبلاً وبما تتفق مع المعايير الاجتماعية ممّا يحقق توافقه الاجتماعي..

- الاهتمام بالصحّة النفسية للمدرس والعمل على تحقيق رضاه النفسي واستقراره المهني.

- تدعيم الصحّة النفسية للتلاميذ من خلال الأنشطة المدرسية كجانب حيوي مكمل للعملية التربوية، والتي تشبع ميول التلاميذ وتلبي رغباتهم وتصقل شخصيتهم.

- الاهتمام بالنشاط المدرسي الذي يسهم في إكساب التلاميذ قيم احترام العمل وحب النظام والتعاون وضبط الانفعالات والتروي وتحقيق الذات والشعور بالانتماء، وجميعها تسهم في إثراء الصحّة النفسية داخل المدرسة.

- إن المناخ النفسي والبيئي والاجتماعي للمدرسة، حتى الموقع ذاته وما يحتويه من أبنية وملاعب وفصول، وقاعات وحدائق يشيع جوا انفعاليا لدى التلاميذ يشعرهم بالرضا والارتياح ويحقق الصحّة النفسية السوية كما يساعد على إقبالهم على التعلم، وبما يؤدي إلي المزيد من التوافق النفسي والاجتماعي.

- ينبغي أن يكون للمدرسة السبق في الدعوة إلى التقارب بينها وبين الأسرة، وذلك عن طريق ما يعرف بمجالس الآباء، أو بيوم الأسرة، بهدف بحث أوجه القصور أو التميز السلوكية والتحصيلية، وذلك لمعالجة المشكلات قبل استفحالها ودعم عناصر الموهبة في حال توفرها في الأبناء ووضعها في الاتجاه الصحيح.

-الإجراءات العملية التعليمية الإرشادية لخفض قلق الامتحان:

يقترح بعض الأخصائيين النفسيين بعض الإجراءات العملية التوجيهية الإرشادية لخفض قلق الامتحان وسوف نستعرض أهم هذه الإجراءات كالتالي:

- تطوير قدرات الطالب على الفهم وحل المشكلات:

- إنّ فهم الذات والآخرين والأشياء يقدم وقاية ممتازة من القلق.

- معرفة الطالب بالعلاقات السببية بين الحوادث.

- فهم الذات الجسمية تحمي من القلق حول وظائف الجسم.

- التدرب على اتخاذ القرارات وحل المشكلات والتعامل مع المشكلات.

- التدرب على كيفية طرح البدائل للمشكلة الواحدة مثل:

* ماذا تفعل لو أنك لم تتمكّن من فهم أسئلة الامتحان.

* ماذا تتصرف لو أنَّ صديقا طلب منك عدم تقديم الامتحان.

- التدرب على مواجهة المشاكل أفضل مضاد للقلق فالمواجهة أفضل من الهروب.

- مساعدة الفرد على الشعور بالأمن والثقة بالذات (أسلوب توكيد الذات):

- تقديم المثيرات التي تؤدي للقلق والخوف بشكل تدريجي.

- تقوية الثقة بالذات على نحو تدريجي من خلال خبرات النجاح. (مرجع سابق، 2000، ص 230)

- التدرب على الاسترخاء:

- إنّ القلق والاسترخاء لا يمكن أن يحدثا معا (وهذا ما يسمى بمبدأ البديل المتنافر).

- التدرب على التنفس بعمق وعلى إرخاء العضلات والشعور بالاسترخاء.

- هناك أساليب كثيرة للتدرب على الاسترخاء لكلّ مجموعة من مجموعات العضلات في الجسم.

- يمكن أن يسبق الاسترخاء بخطوة تطلب فيها الفرد أن يتخيل موقفا مثيرا للقلق وبعد ذلك يقوم بالاسترخاء الذي يعمل كمضاد لاستجابة القلق.

- من المفيد إعداد قائمة بالمواقف المثيرة للقلق المراد تخيلها في أثناء الاسترخاء.

- الحديث الإيجابي مع الذات:

- تشجيع الأفراد على أن يتوقفوا عن استخدام التعليقات السلبية للقلق عندما يتحدثون مع أنفسهم

- تشجيع استخدام عبارات إيجابية في الحديث مع الذات مثل (صحيح أنني منزعج ولكن الأمور سوف تسير على ما يرام لا يوجد إنسان كامل، أن تعمل وتبذل جهدا أسهل من أن تقلق) أو يمكن استخدامه وحده أو مع الاسترخاء (جميل رضوان،2002، ص 250).

- **تقليل الحساسية التدريجي:** وهذه التقنية تستند إلى النظرية التالية:

أنه بالإمكان محو استجابة انفعالية غير مرغوب فيها كالخوف أو القلق من خلال إحداث استجابة مضادة لها، فالاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في آن واحد، وهذا ما يطلق عليه بالكف المتبادل، فالفرد لا يستطيع أن يشعر بالخوف أو القلق وهو في حالة استرخاء تام، إذ أنَّ الاسترخاء يكبح هذه الاستجابات الانفعالية وتشتمل هذه التقنية على ثلاث مراحل أساسية أو خطوات هي:

- إعداد هرم القلق لدى المسترشد، حيث يتخيل المواقف التي تبعث على القلق لديه وهو في حالة الاسترخاء التام، ويتم ترتيب المواقف بالتسلسل بدءا بأقلها إثارة وانتهاء بأشدها إثارة.

- الاسترخاء وتدريب المسترشد عليه.

- إقران المثيرات التي تبعث على القلق لدى المسترشد بالاستجابة البديلة للقلق (أي الاسترخاء).أي أنَّ المسترشد يتخيل المواقف تدريجيا بدءا بأقلها إثارة وانتهاء بأكثرها إثارة وهو في حالة الاسترخاء.

- **تقديم المساعدة في الدراسة:**

- مراجعة المقرر والأعمال المنزلية قبل الامتحان.

- تطوير مهارات الدراسة الفاعلة ومهارات الاستعداد للامتحان. (عبد الحميد الضامن،2003، ص 228)

- تقديم أدلة للدراسة تركز انتباه الطلبة على الجوانب المفتاحية.

- **تشجيع التعبير عن الانفعالات (التفريغ الانفعالي):**

- إن تعبير الشخص عن انفعالاته يعمل كمضاد لحالات القلق.

- من خلال اللعب وتمثيل الأدوار والسيكودراما يمكن أن تحدث عمليات تفريغ انفعالي

- إن رواية القصص طريقة فعالة للتعبير عن المشاعر.

- **تحسين عادات الدراسة السيئة:**

- تحميل الطلبة المسؤولية والاعتماد على النفس.

- تدريب الطلبة على إدارة وقت التعلم وتنظيمه وعدم التأجيل.

- تشجيع الطلبة على التساؤل والبحث والاستكشاف.

- تشجيع الطلبة على الاختبار والتقويم الذاتي المستمرين. (المرجع السابق، ص ص 228، 229)

- التدريب على مهارات الامتحان:

الامتحان موقف تعليمي لابد من الاهتمام به وإتباع أساليب فعالة عند المذاكرة له من أجل الحصول على مستوى مناسب من التحصيل والنجاح والتفوق، ومن هذا المنطلق يرى المختصين في هذا المجال أنه لابد من اكتساب بعض المهارات وهي المهارات اللازمة لكلّ طالب يتقدم إلى الامتحانات، وتسمى هذه المهارات (بمهارات الامتحان) ومن هذه المهارات:

❖ **مهارة المراجعة:** تعد من أهم المهارات التي ينبغي أن يكتسبها أي طالب يمر بالامتحانات، لأنه من خلالها يسترجع الكثير من المعلومات والبيانات التي مر بها خلال العام الدراسي، ومهارة المراجعة تحتاج إلى التركيز والمتابعة أول بأول، وكي يستطيع الطالب أن يراجع المراجعة الجيدة لابد أن يسير وفق خطوات معيّنة من أهمها ما يلي:

- تجنب أسباب التشتت الذهني أو ضعف الانتباه أو قلة التركيز أثناء المراجعة.

- المراجعة المنظمة لجميع المواد المقررة ووضع المادة الصعبة مع مادة أقل صعوبة.

- استخدام الألوان للتأثير على النقاط المهمة. (حسن الداهري، 2005، ص220).

❖ **مهارة الاستعداد للامتحان:** الاستعداد للامتحان من الأمور الهامّة لكلّ الطالب متقدم إلى امتحان مهم ويتوقف مستقبله عليه، فلابد أن يستعد الطالب استعدادا جيدا لهذا الامتحان ومن أهم خطوات الاستعداد للامتحان ما يلي:

- عدم السهر طويلا لأن السهر يرهق الجسم ويتعبه ويخرج الإنسان عن التركيز في الدراسة

- الابتعاد عن شرب المنبهات كالشاي والقهوة لأن مثل هذه المنبهات تأخذ من قدرة الطالب وتركيزه واستيعابه.

- عدم تناول الأقراص المنبهة فهذه أمور غير طبيعية تدفع الطالب إلى السهر ومن ثم عدم قدرته على المواصلة في الدراسة.

- أخذ قسط من وافر من النوم لأن النوم يريح الجسم وكذلك العقل من التفكير وبالتالي يتجدد نشاط الإنسان وتعود إليه حيويته.

- المحافظة على وجود حالة من التهيؤ النفسي الطيب للتعامل الجيد والفعال مع موقف الامتحان وكذلك المحافظة على الاتزان الانفعالي والابتعاد عن التوتر والقلق.

❖ **مهارة أداء الامتحان:**

- الجلوس في المكان المخصص بهدوء وكتابة البيانات الشخصية وإتباع التعليمات التي تلقى على الطالب من لجنة سير الامتحان.

- الكتابة بخط واضح وتنظيم ورقة الإجابة والتزام آداب الامتحان.

- عدم محاولة الغش والمحافظة على الهدوء النفسي التام أثناء أداء الامتحانات.

- الامتحان يحتاج نوعا من الاجتهاد والحكمة في التعامل مع ورقة الأسئلة من حيث قراءتها وحسن اختيار الأسئلة وحسن الإجابة. (مرجع سابق، 2000، ص 287).

خاتمة:

من خلال ما تقدم نؤكّد على ضرورة الاهتمام بالتلاميذ خاصّة في فترة ما قبل الامتحان والاهتمام بالإعداد النفسي المبكر لتفادي هذا النوع من المشاكل كما ننصح بما يلي:

1- تفعيل دور مستشار التوجيه في مجال عمل إرشاد التلاميذ الذين يعانون من مستوى قلق مرتفع خاصّة تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، أو غيرهم من تلاميذ الأطوار المختلفة.

2- ضرورة عمل برامج توجيهية وإرشادية في الثانويات لتوعية التلاميذ بكيفية توفير جو نفسي مناسب حتى يستطيع التلاميذ خفض مستوى القلق ورفع التحصيل الدراسي.

3- قيام وزارة التربية والتعليم بإعطاء دورات للمعلمين والأخصائيين النفسانيين وتؤهلهم للتعامل مع التلاميذ خلال أزمات النفسية والدراسية.

4- قيام الأساتذة بتوعية التلاميذ نحو كيفية المذاكرة والتي من شأنها أن تخفض من مستوى القلق.

5- توعية الأهل من خلال تخصيص حصص إرشادية إلى كيفية التعامل مع أبنائهم خاصّة تلاميذ السنة الثالثة ثانوي والرابعة متوسط، وبعدم إرهاقهم بالمطالب ذات المستويات العالية من الطموح قد لا يستطيع التلميذ الوصول إليها في ضوء قدراته وإمكانياته.

6- ضرورة قيام جميع المؤسّسات التعليمية باستغلال كافة إمكانياتها لتوفير جو نفسي لتلاميذها، من حيث تنظيم العلاقات تتسم بالألفة بين إدارة المؤسّسات والتلاميذ في محاولة تشجيعهم على رفع مستوى إنجازهم وتحصيلهم الدراسي.

7- ضرورة الاستعانة بالمتخصّصين في كلّ المناهج، وطرق التدريس، وعلم النفس والإرشاد النفسي في الجامعات من اجل إلقاء محاضرات، بحيث يوضحون لهم أساليب الدراسة الفاعلة ويردون على استفساراتهم، ومخاوفهم النفسية.

المراجع

أولا: الكتب:

1- جميل رضوان سامر (2002): الصحّة النفسية، ط1، دار المسيرة: الأردن.

2- حامد زهران محمد (2000): الإرشاد النفسي المصغر للتعامل مع المشكلات الدراسية ط1، عالم الكتاب: القاهرة.

3- حسن الداهري صالح(2005): مبادئ الصحّة النفسية، ط1، دار وائل: عمان.

4- عبد الحميد الضامن منذر(2003): الإرشاد النفسي، ط1، مكتبة الفلاح الكويت

5- عزت راجح أحمد (1973): أصول علم النفس، ط1، المكتب المصري الحديث: القاهرة.

6- عصفور عصفور وصفي (1994): نماذج من الاختبارات والمقاييس تعيين دراسي GC31 معهد التربية الاندروا- اليونسكو ،عمان: الأردن.www.jordon-yonsko.net

7- محمد العجمي مها (1999): العلاقة بين قلق الاختبار والتحصيل الدراسي لدى طالبات كلّية التربية للبنات (الأقسام الأدبية): مجلة رسالة الخليج العربي، ع33, مكتبة التربية العربي: السعودية.

8- محمد عبد الخالق أحمد(2001): مبادئ التعلم، ط2، دار المعرفة الجامعية: الإسكندرية.

9- مشعان ربيع هادي ومحمد الغول إسماعيل(2007): المرشد التربوي ودوره الفعال في حل مشاكل الطلبة، ط1، دار الثقافة ،عمان: الأردن.

ثانيا: الرسائل الجامعية:

10- إبراهيم أبو عزب نائل (2008): فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض قلق الاختبار لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، كلّية التربية قسم علم النفس الجامعة الإسلامية، غزة: فلسطين.

11- سايحي سليمة (2004): فاعلية البرنامج الإرشادي لخفض مستوى القلق لدى تلاميذ السنة الثانية متوسط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ورقلة: الجزائر.

12- محمد قريشي(2002): القلق وعلاقته بالتوافق الدراسي والتحصيل لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة ورقلة: الجزائر.

الصحّة النفسية لدى طلبة جامعة الأغواط

دراسة وبائية ميدانية لبعض الاضطرابات النفسية

د.أحمد بن سعد ، أ.فتيحة سعيدة نواصر

جامعة عمار الثليجي بالأغواط

الملخص:

على مدى حياة الفرد، يشهد درجات مختلفة من الضغط، القلق، خيبات الأمل وفترات الحداد، ينجح أغلب الناس في مواجهة هذه المشاكل ولكن يحتاج عدد معتبر من الأفراد إلى المساعدة لاسترجاع حالة التوازن في حياتهم. في الوقت الحاضر تمثّل مشاكل الصحّة العقلية أو النفسية أهم التحديات التي تواجه تحقيق الصحّة العمومية ولكنها لا تلقى نفس الدرجة من الاهتمام، من هنا تأتي دراستنا لرصد مدى تمتّع فئة الطلبة الجامعيين- باعتبارها نخبة المجتمع عامّة وزبدته - بالصحّة النفسية وذلك من خلال استعمال مقياس الحالة النفسية لكلّ من الدكتورين: إلهامي عبد العزيز إمام ومحمود عبد الرحمن حمودة.

تهدف هذه الدراسة إلى التشخيص ضمن المجتمع الطلابي، ونعني به وصف حجم وتوزع الاضطرابات النفسية ذات العلاقة بالصحّة النفسية في الوسط الجامعي، وبمعنى آخر تقييم الوضع الصحي النفسي للمجتمع الطلابي الجامعي الأغواط ي بمساعدة الأدوات الإحصائية، وهذا ما يطلق عليه عادة تعبير "التشخيص في المجتمع" في حين يهدف الفحص السريري إلى تشخيص الاضطراب في الفرد، أي أنَّ دراستنا على غرار الدراسات الوبائية تهدف إلى تشخيص بعض المشكلات النفسية ضمن مجتمع طلبة جامعة الأغواط . وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود أعراض اضطرابات مختلفة وبدرجات متفاوتة ضمن الوسط الطلابي بجامعة الأغواط .

abstract

Over the life of the individual, experiencing different degrees of pressure, anxiety, disappointments and periods of mourning, most people succeed in the face of these problems, but a considerable number of individuals need help to recover the state of balance in their lives. At present, mental health or psychological problems represent the most important challenges facing the achievement of public health, but do not receive the same degree of attention, here comes our study to explore the psychological problems in a sample of university students who are considered as the elite of society, using a tool of mental status assessment conducted by two doctors: Ilhami Abdel Aziz Imam and Mahmoud Abdelrahmane Hammouda.

This study aims to diagnosis within the student community, and we mean describing the size and distribution of the relevant mental health in the university

community mental disorders, and in other words, to assess the health status of the psychological problem in the community of university student with the help of statistical tools, and this is what it is usually called the term "diagnosis in the community "while clinical examination is designed to diagnose the disorder in the individual, that is, our study along the lines of epidemiological studies aimed at diagnosing some psychological problems among students of the University of Laghouat community. This study has reached the presence of symptoms of various disorders and to varying degrees in the student center at the University of Laghouat

لم تكن الصحّة النفسية ومتانتها ضرورية للتعامل مع حياة العمل والمجتمع والعلاقات الانسانية، بقدر ما أصبحت في عصر العولمة، الآن، وفيما سيحمله المستقبل من تحولات وقضايا وتحديات. لقد قدفت بنا تحولات العولمة المالية والاقتصادية والثقافية والاجتماعية في عالم يحمل قدرا من التحديات غير المسبوقة على مستوى متطلبات الاقتدار المهني والمعرفي والنفسي. هناك فرص هامّة لِمن يمتلك هذا الاقتدار ويحسن إدارة صراعه مع الحياة وتحدياتها. وهناك في المقابل تهديدات لا تقل وزنا لمن لا يتمتّع بالمتانة النفسية وفاعلية الوظائف الحيوية، والقدرة على تحمّل الضغوطات والتكيف للتحولات.(مصطفى حجازي، 2006، ص:301)

بالنسبة للطالب الجامعي تعتبر المرحلة التي يمر بها مرحلة تغيّرات وتحولات يمكن أن تؤثّر على حسن سيرورة حالته النفسية خاصّة مع التحديات التي يفرضها عصر العولمة على جميع المستويات وخاصّة على المستويين العلمي وعالم الشغل. وفق الدراسات المنجزة على الوسط الجامعي فإن صحّة هذه الفئة من المجتمع تستحق أن نُولي لها كلّ الاهتمام، حيث أننا نعلم الآن أنه يمكن أن نرصُد مشكلات تتعلق بالصحّة النفسية عند 10 إلى 20 % من الشباب.(Sauvade Fanny , p:3, 2011)

للمشكلات النفسية عواقب متعددة منها: تدهور نوعية الحياة للفرد، الاستبعاد الاجتماعي، الوصمة وكذلك فقدان ملحوظ للموارد وعبء ثقيل يقع على النظام الاقتصادي، الاجتماعي، التربوي والقضائي(Comission européene , P:2, 2006). ويكون العبء أثقل عندما يكون هدا الفرد يشكل الركن الأساسي في مسيرة التنمية والتقدم لمجتمعه إذ ستشكل هذه المشكلات عائقا يحول دون تحقيق هذه الأهداف.

أمام هذا الطرح العامّ وباعتبار أنَّ الصحّة النفسية للطالب الجامعي لا تقل أهمّية عن الصحّة الجسدية وباعتبار أنها تستقي أهميتها من كون الطلبة في مرحلة بناء شخصياتهم ومستقبلهم وهي مرحلة انتقالية ذات أثر فعال في تحقيق طموحاتهم لاحقا فهم الجيل الواعد بتحقيق ما لم يُنجز للآن وعلى سلامة صحتهم النفسية والجسمية يتوقف مدى التقدم والازدهار في المجتمع سنقوم من خلال

هذه الدراسة باستكشاف المشكلات النفسية التي يمكن أن تكون منتشرة في الوسط الطلابي، نوع هذه المشكلات، حدتها ومدى انتشارها.

إشكالية الدراسة:

تعتبر المرحلة الجامعية بالنسبة للطالب الجامعي مرحلة زاخرة بالتغيّرات والصعوبات وذلك لعدة أسباب منها:

-توافق الدخول إلى الجامعة غالبا مع بداية الاستقلالية، حيث أنَّ اجبارية ابتعاد الطالب عن أسرته تجعله في مواجهة مسؤوليات جديدة وضرورة ايجاد معالم جديدة

- ضرورة تسيير جدول زمني بمتطلبات متعددة (استقلالية، ميزانية، امتحانات، تربصات...الخ)
- يمكن أن تكون الامتحانات والمسابقات مصدرا للعديد من الصعوبات والقلق.

-تشكل المرحلة الجامعية مرحلة مفتاحية لمستقبل الطالب من حيث أنها:

✓ منعرج تُتخذ فيه القرارات المصيرية في بداية ونهاية الدراسة: اختيار التخصّص، اعادة تقييم هذا الاختيار

✓ مواجهة أو الاستسلام للرغبات الوالدية، الاستقلالية المالية.

✓ بناء الروابط العاطفية، الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة في مقابل العزلة، بناء الهُوية...الخ

- عوامل الخطر والسلوكات التي تترافق مع الحياة الجامعية: المخدرات، الكحول، الاكتئاب، السلوكات الجنسية، التهميش... (Sauvade Fanny , p:4, 2011)

في دراسة أُجريت على 236000 طالب بمنطقة Rhône- Alpe بفرنسا بهدف دراسة الحياة الجامعية (Centre Bergeret, OVE, USEM, LMDE ....etc) تبيّن أنه يمكن لهذه العوامل أن تَخلُق معاناة نفسية وتُشكل أرضية لظهور وتَطوُر اضطرابات نفسية حيث أنه:

✓ يُصرّح 37.5% من الطلبة بإيجاد صعوبات في إدارة قلقهم.

✓ 23.2% يعانون من مشكلات في النوم.

✓ 77% شعروا بالاكتئاب. في المقابل يبدو أنَّ الطلبة الجامعيين يعانون من الاكتئاب بدرجة أكبر من المجتمع عامّة (24.8% من الطلبة في مقابل 13% من المجتمع عامّة)

✓ 15% لديهم أفكار انتحارية تراودهم عدة مرات و5% قاموا بمحاولات فعلية للانتحار.

✓ 21.3% يفرطون في تناول الكحول. (Sauvade Fanny ,2011, p:4,)

أمّا في دراسة ثقافية مقارنة بين ثماني عشر دولة عربية للدكتور بدر محمد الأنصاري، هدفت إلى التعرّف على معدلات القلق لدى طلبة الجامعة العرب فضلاً عن التعرّف على الفروق في معدلات

القلق بين طلبة الجامعة في ثمانية عشر بلداً من البلدان العربية هي (لبنان وسوريا وفلسطين والأردن والعراق والكويت والسعودية والبحرين وقطر والإمارات وعمان واليمن ومصر والسودان وليبيا وتونس والجزائر والمغرب.

شملت العيّنة (10345) طالباً وطالبة يدرسون بجامعات عربية بواقع (271) فرداً من اللبنانيين، و(879) من السوريين، و(608) فرداً من الفلسطينيين، و(947) فردا من الأردنيين، و(842) فرداً من العراقيين، و(780) من السعوديين، و(779) من الكويتيين، و(240) من البحرينيين، و(356) من القطريين، و(393) من الإماراتيين، و(342) من العمانيين، و(833) من اليمنيين، و(1185) من المصريين، و(288) من السودانيين، و(298) من الليبيين، و(291) من التونسيين، و(307) من الجزائريين، و(706) من المغربيين.

استعمل الباحث مقياس جامعة الكويت للقلق وتوصل إلى النتائج التالية:

1- ارتفاع معدلات القلق لدى القطريين يليهم على التوالي السودانيين والسوريين والكويتيين والإماراتيين والتونسيين والجزائريين واليمنيين واللبنانيين والمصريين والأردنيين والمغربيين والسعوديين والفلسطينيين والليبيين والعُمانيين والعراقيين والبحرانيين.

2- ارتفاع متوسط القلق لدى الليبيين يليهم على التوالي السوريين والفلسطينيين والمصريين والعراقيين والأردنيين والتونسيين واللبنانيين والعُمانيين والكويتيين والإماراتيين والقطريين والسعوديين والجزائريين والمغربيين واليمنيين والبحرانيين والسودانيين (بدر محمد الأنصاري، 2004، ص:)

تبين الدراسات السابق ذكرها بأنّ المجتمع الطلابي معرض بشكل خاصّ إلى خطر المعاناة وخطر اضطراب الصحّة النفسية وبأنّه عُرضة إلى مشكلات من نوع خاصّ (مقارنة بمجتمع الشباب ما بين 16 إلى 25 سنة). بالاضافة إلى نقص الامكانات المادية التي تحول بينهم وبين الاستعانة بالعناية النفسية، حيث يُصرِّحُ 49.4% من الطلبة عن صعوبات مادية بينما يتخلى 15% منهم عن العناية النفسية بسبب نقص المصادر(الموارد).(Sauvade Fanny , p:4, 2011)

بهذا يكون من الضروري استباق هذه الاضطرابات بالكشف عن أولى الاشارات الدالة عليها بفضل اجراءات الوقاية التي تتكيف مع خصائص، إشكاليات وحاجات هذا المجتمع (الطلابي).

في إطار الاجراءات الوقائية التي يمكن أن تُتخذ نقوم بهذه الدراسة الاستكشافية لواقع الحياة الجامعية من خلال رصد أنواع المشكلات النفسية التي يمكن أن يعاني منها الطالب الجامعي بجامعة الأغواط وعليه نطرح التساؤل التالي:

مشكلة الدراسة:

هل يعاني الطالب الجامعي بجامعة الأغواط من أعراض الاضطرابات النفسية؟

و للإحاطة بالموضوع بشكل أدق، قمنا بصياغة التساؤلات الجزئية التالية:

التساؤلات الجزئية:

1- كم تبلغ نسبة الطلبة الذين يعانون من أعراض الاضطرابات النفسية؟

2- أعراض الاضطرابات النفسية انتشارا بين طلبة جامعة الأغواط ؟

أهمّية الدراسة:

تمثّل الدراسات التي تجري لمعرفة درجة انتشار اضطراب ما (وهي دراسات مسحية)، مصدرا هامّا لمد الباحثين بمعلومات عن مدى انتشار هذا الاضطراب، ودراستنا لا تكتفي بالبحث عن وجود اضطراب واحد بل تسعى للكشف عن مجموعة من الاضطرابات المحتمل وجودها في الوسط الطلابي من أجل العمل على ايجاد الحلول المناسبة للتصدي لها وذلك قبل تفشيها واستفحالها وبالتالي صعوبة أو استحالة علاجها.

كما أنّ هذه الدراسة قد تجد اهتماما لدى المهتمين برعاية الشباب والتنمية والجهات المسؤولة بإيجاد البدائل الممكنة لدراسة هذا الموضوع دراسة معمقة وتوفير الامكانيات اللازمة للتصدي للمشكلات النفسية التي يمكن أن يعاني منها الطلبة الجامعيون وتجعلهم يتمتّعون بالصحّة النفسية التي تساعد الفرد على سرعة الاختيار واتخاذ القرار دون جهد زائد أو حيلة شديدة وكما تساعد الفرد على فهم نفسه والآخرين وجعله قادرا على التحكم في عواطفه وانفعالاته ورغباته ممّا يجعله يتجنب السلوك الخاطئ.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة امكانية معاناة الطالب بجامعة الأغواط من أعراض الاضطرابات النفسية كما تهدف إلى معرفة:

–معرفة إلى أي مدى يعاني الطالب الجامعي من أعراض الاضطرابات النفسية في حالة وجودها.

– معرفة أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في أوساط الطلبة الجامعيين بجامعة الأغواط .

التعاريف الإجرائية لمتغيّرات الدراسة:

الصحّة النفسية:

تعرّف بأنّها حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه ومع بيئته)، ويتم التعرّف عليها إجرائيا من خلال الدرجات على المقاييس الفرعية- الخاصّة

بقياس مختلف الاضطرابات- لمقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين لكلّ من الدكتورين: إلهامي عبد العزيز إمام ومحمود عبد الرحمن حمودة.

الإطار النظري:

تعريف الصحّة النفسية:

في عام 1948 عرفت منظمة الصحّة العالمية "الصحة" بأنها حالة من تكامل الاحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي وليس فقط الخلو من المرض والعاهة" (سامر جميل رضوان، 2009، ص 25)، أمّا تعريفها للصحّة النفسية فيتمثّل في أنَّ "الصحّة النفسية توافق الأفراد مع أنفسهم ومع العالم عموما مع حد أقصى من النجاح والرضا والانشراح والسلوك الاجتماعي السليم مع القدرة على مواجهة حقائق الحياة وقبولها" (صبرة محمد وأشرف محمد، 2004، ص 26)

أمّا الدكتور "**مصطفى فهمي**" فيعرفها بأنّها " قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه ويؤدي إلى التمتّع بحياة خالية من التأزم والاضطرابات ومليئة بالتحمس (أديب محمد الخالدي، 2009، ص 33). أمّا **شوبن** Shoben فيعتبرها " قدرة الفرد على أن يعيش مع الناس، ويختار حاجاته وأهدافه دون أن يثير سخطهم عليه، ويشبعها بسلوكيات تتفق مع معايير وثقافة مجتمعه (مروان أبو حويج وعصام الصفدي، 2009، ص 48)

عرف **ابراهام ماسلو** الشخص المتمتّع بالصحّة النفسية، بأنّه شخص حقق ذاته عن طريق إشباع حاجاته الجسميةوالنفسية والاجتماعية. لذا نجده آمنا مطمئنا، محبّا للناس ومحبوبا منهم، صادقا مع نفسه ومع الناس، راضيا عن نفسه وعن الناس، متقبلا للواقع الذي يعيش فيه، جريئا في قول الحق، وفي التعبير عما يراه صوابا، واضحا مع نفسه، سهلا في تعامله مع الناس، قادرا على الإنتاج والإبداع، مخلصا في عمله، متفانيا فيه، يعرف من هو، وما يريد وما يحب وما يفيده (مروان أبو حويج وعصام الصفدي، 2009، ص 57)

و في الأخير سوف نتطرق لتعريف **حامد عبد السلام زهران** للصحّة النفسية، الذي جمع بين كلّ الاتجاهات المذكورة سابقا لتحديد مفهوم الصحّة النفسية، حيث يرى أنَّ الصحّة النفسية هي: "حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا وانفعاليا واجتماعيا) أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته كاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام" (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص9)

العلاقة بين الصحّة النفسية والصحّة الجسمية:

إن العلاقة بين النفس والجسد أمر هامّ تنبه له الأطباء منذ القدم، فالكائن الإنساني يتكون من هاذين الشقين الذين يتكاملان معا ويؤثّر كلّ منهما في الآخر ويتأثر به (لطفي الشربيني، 2003، ص30) فيمكن أن تتأثر صحّة الإنسان النفسية بجسمه وأجهزته البدنية، حيث أنَّ الجسم هو عبارة عن جهاز عصبي يتحكم في النفس البشرية وطريقة التفكير والأحاسيس وضبط النفس وتوترها وتصرفات الإنسان (مصطفى فهمي، 1998، ص 74)

نسبية الصحّة النفسية:

الصحّة النفسية: "حالة إيجابية دائما نسبية" فهي نسبية إذن وليست مطلقة، بل إنها نشطة متحركة ونسبية وتتغيّر من فرد إلى آخر ومن وقت إلى آخر عند الفرد نفسه، كما تتغيّر بتغيّر المجتمعات وهذا هو المقصود بنسبيتها.

نسبية الصحّة النفسية من فرد إلى آخر:

حيث يختلف الأفراد في درجة صحتهم النفسية، كاختلافهم من حيث الطول والوزن والذكاء فالصحّة النفسية نسبية غير مطلقة ولا تخضع لقانون (الكلّ أو لا شيء) فكمالها التام غير موجود، وانتقاؤها الكلّي غير موجود إلاّ قليلا جدا فلا يوجد شخص كامل في صحته النفسية كما هو الحال في الصحّة الجسمية (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 36)

نسبية الصحّة النفسية لدى الفرد الواحد من وقت إلى آخر:

لا يوجد شخص يشعر في كلّ لحظة من لحظات حياته بالسعادة والسرور كما أنّ الفرد الذي يشعر بالتعاسة والحزن طول حياته غير موجود أيضا فالشخص يمر بمواقف سارة وأخرى غير سارة، وتستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية لتحديد درجة الفرد ومركزه على بعد متدرج سلم تقديري ذي بعدين، الصحّة النفسية مقابل الشذوذ. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص36)

نسبية الصحّة النفسية تبعا لمراحل النمو:

إن مفهوم السلوك السوي Normal Behavior الذي يدل على الصحّة النفسية هو مفهوم نسبي أيضا مرتبط بمراحل النمو الذي يمر بها الفرد. فقد يعد سلوك ما سويا في مرحلة عمرية معيّنة ولكنه غير سوي إذا حدث في سن الخامسة (أديب محمد الخالدي، 2009، ص 40)

نسبية الصحّة النفسية تبعا لتغيّر الزمان:

السلوك السوي الذي هو دليل على الصحّة النفسية يعتمد على الزمان أو الحقبة التاريخية الذي حدث فيه هذا السلوك بمعنى البيئة أو المكان الذي يعيش فيه الفرد كما تتأثر بتغيّر مطالب الحياة وآليات التكيف فيها.(صبرة محمد وأشرف محمد، 2006، ص: 20)

نسبية الصحّة النفسية تبعا لتغيّر المجتمعات:

إن السلوك الذي يدل على الصحّة النفسية يختلف باختلاف عادات وتقاليد المجتمعات، فهناك قبائل تربي أفرادها على سلوك الاعتداء والعنف وذم الآخرين والكسب في حين أنَّ هناك قبائل تربي أفرادها على كظم الانفعال وإظهار التسامح. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 37)

- أهمّية الصحّة النفسية:

تتجلى أهميتها بالنسبة للفرد كونها تساعده على التوافق الصحيح في المجتمع وكذلك تساعد الفرد على انسياب حياته النفسية وجعلها خالية من التوترات والصراعات المستمرة ممّا يجعله يعيش في طمأنينة، وأن الفرد الذي يتمتّع بالصحّة النفسية هو الفرد المتوافق مع نفسه والذي لم تستنفذ الصراعات بين قواه الداخلية وطاقته النفسية، كما أنّ الصحّة النفسية تجعل الفرد أكثر قوة على الثبات والصمود حيال الشدائد والأزمات ومحاولة التغلب عليها والهرب منها (محمد باسم محمد، 2004، ص 11)

إن الصحّة النفسية تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف الاجتماعي ممّا يجعله يسلك السلوك الذي ينال رضاه ويرضي الذين يتعاملون معه وتجعل الفرد متمتّعا بالاتزان والنضج الانفعالي وبعيدا عن التهور والاندفاع، كما أنّ الذي يتمتّع بصحّة نفسية يكون قادرا على معاملة واقعية لا تتأثر بما تصوره له أفكاره وأوهامه عنهم كما يحدث عند المريض النفسي، لذلك تلعب الصحّة النفسية دورا هامّا في كلّ مجال من مجالات المجتمع مثل التعليم والصحّة والحروب والاقتصاد والسياسة فكلّ ما كان العاملين في هذه المجالات متمتّعين بالصحّة النفسية نهضوا بها والعكس صحيح، (نفس المرجع السابق، ص 12)

أهداف الصحّة النفسية:

تهدف الصحّة النفسية إلى مساعدة الأفراد الأسوياء على التعديل والتغيير من سلوكياتهم وفقا للخبرات التي مروا بها والخبرات السابقة وتمكّنهم من النجاح ومواجهة مصاعب الحياة والمواقف الجديدة ويمكن إجمال أهم أهداف الصحّة النفسية فيما يلي:

1. مكافحة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات الخلقية لما لها من آثار مدمرة تهدد الإنسانية
2. انتشار مبادئ الصحّة النفسية ونشر الوعي الصحي بصفة عامّة والوعي الصحي النفسي خاصّة للأفراد حتى يساعد ذلك على الوقاية من الأمراض النفسية والانحرافات الخلقية
3. تجنب العوامل الاجتماعية التي تؤدي إلى سوء التوافق سواء كان في المنزل أو المدرسة أو المصنع أو المستشفى...الخ

4. تساعد المدرسة على خلق جيل من الشباب السوي، المرح، المقبل على الحياة المنتج المتوافق مع المجتمع القادر على تحقيق ذاته وحل مشكلاته.
5. إتباع الأساليب التربوية المناسبة مع الأفراد سواء أكان الفرد سويا أم مريضا ذي عاهة جانحا أم غير جانح، ذكيا أم غبيا (أحمد محمد حسن صالح وآخرون، 2002، ص 13-14)

ثالثا - الاجراءات الميدانية: للدراسة

منهج الدراسة

إن هذا البحث ذو طبيعة وصفية. بحيث يعتمد على اتصال الباحث بالميدان ودراسة ما هو قائم بالفعل وقد استعملت الباحثة من أساليب المنهج الوصفي المسح، حيث يتيح هذا المنهج الاتصال بعيّنة البحث في ميدان وجودها، وقياس مدى انتشار متغيّر البحث بين أفرادها تبعا لمحك معيّن.(بشير معمرية، 2009، ص:30)

عيّنة البحث:

تكونت عيّنة البحث من 102 طالب وطالب من تخصّصات مختلفة: علوم المادة (الفيزياء) والعلوم الانسانية (تاريخ) ومن مستويات دراسية مختلفة، منهم 35 طالبا و96 طالبة.

الجدول رقم 1- –

الجنس / التخصّص	طلاب	طالبات	المجموع	
1+2+3 علوم اسلامية(عيّنة الدراسة الاستطلاعية)	16	17	33	
أولى علوم المادة+ ثانية وثالثة فيزياء	15	36	51	102 (عيّنة الدراسة الأساسية)
أولى علوم انسانية+ ثانية وثالثة تاريخ	21	30	51	
المجموع	53	98	151	

يبين الجدول أعلاه توزيع أفراد العيّنة وفق الجنس والتخصّص

أداة الدراسة:

وصف المقياس: إن مقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين الذي قام بإعداده الدكتور "**محمود عبد الرحمن حمودة**" أستاذ الطب النفسي بكلّية الطب بجامعة الأزهر , والدكتور" **إلهامي عبد العزيز إمام** "أستاذ علم النفس المساعد بمعهد الدراسات العليا للطفولة بجامعة عين شمس , يتكون في صورته النهائية من 135 عبارة مقسمة إلى 27 مقياس فرعي يحتوي كلّ منها على خمسة عبارات يهدف كلّ منها الكشف عن درجة الأعراض المرضية الخاصّة بأحد الأمراض وتشير الدرجة

المرتفعة إلى وجود هذه الأعراض المرضية كما تشير الدرجة المنخفضة إلى عكس ذلك ,و ما دفعنا إلى اعتماد هذا المقياس ارتفاع درجات خصائصه السيكومترية (موضحة لاحقا في العنوان:الخصائص السيكومترية للمقياس) بالإضافة إلى أنه يغطي مختلف النواحي النفسية للفرد حيث أنَّ الاضطرابات النفسية لا توجد منفصلة عن بعضها، و هذا ما قرره سيف الدولة وآخرون (1983)في دراستهم عن القلق من أنه لا يوجد القلق كاضطراب نقي ولكنه تجمع من أعراض غير متجانسة، و لذا فمن الأفضل أن نقدّر الحالة النفسية بصورة شاملة (محمود عبد الرحمن حمودة، الهامي عبد العزيز إمام،1996، ص:3)، ولقد أعدت العبارات بأسلوب صياغة تقريري بحيث تغطي كثيرا من اضطرابات الحالة النفسية التي وردت في الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (DSM – IIIR) (1987) كما روعي أن لا يخرج عن ما ورد في الدليل الإحصائي التشخيصي العاشر (I.C.D – 10) الذي بدا بمسودته عام (1988) واستقر الأمر عليه عام (1992) , وتمّت صياغة العبارات بحيت تصف أعراض الاضطراب التي تشير إليه ويمكن أن يشخص مبدئيا من خلالها حسب تعريف الاضطراب في الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث (1987) , وما أمكن صياغته في صورة تقرير ذاتي , ولقد قامت الباحثة بالاكتفاء بـ 17 اضطرابا ودلك تفاديا لإعراض الطلبة عن الاستجابة للمقياس بسبب طوله (150 عبارة) أو بسبب تناوُله لمواضيع قد تكون مُحرجة بالنسبة لهم(اضطرابات الاخراج، الشذوذ الجنسي...الخ) ويصف المقياس في صورته النهائية الاضطرابات الآتية:

1. **الإدمان**(Psycho active substance use disorders): وهو الاعتماد على مادة أو الإسراف في تعاطيها.
2. **أزمة الهوية** (Identity disorder): وهي حالة من الكرب الداخلي المرتبط بعدم القدرة على تكامل نواحي النفس , حيث يوجد عدم تحديد لأشياء مختلفة ترتبط بالهوية.
3. **الإنعصاب بعد حادثة** (Post – Traumatic stress disorder): وهي أعراض خاصّة بعد حادثة (صدمة بعينها) تشمل إعادة المعايشة للحادث الصادم والاستغراق لدرجة الانعزال عن العالم من حوله.
4. **القلق العامّ** (Generalize dAnxiety disorder): وهو حالة القلق الشديد مع توقعات تشاؤمية باعثة على الخوف.
5. **الرهاب** (phobias): وهو خوف غير منطقي يرتبط بمواقف أو أشياء معيّنة ويصاحبه تجنب لها.
6. **الإكتئاب** (Depression): وهو حالة من الحزن الشديد أو الضيق مع فقد الإهتمام وسرعة الاستثارة والعزلة الاجتماعية.
7. **الفصام أو شبه الفصام** (Schizophrenia and Schzophreniform) وهي مجموعة أعراض ناشئة عن اضطراب التفكير والإدراك والسلوك تؤثّر على أداة الشخص الوظيفي والاجتماعي

8. **الهوس** (Mania): وهي حالة تتميز بالمرح الذي يسيطر على الشخص مع أعراض ينشأ عنها خلل أداء الشخص لدوره الوظيفي والاجتماعي.

9. **اضطراب السلوك** (Conductdisorder): وهو انتهاك حقوق الآخرين أو قيم المجتمع وقوانينه بصورة دائمة.

10. **التهتهة** (Stuttering): وهي إعاقة في تدفق الكلام تتميز بكثرة التكرار أو استطالة المقاطع التي تتبادل مع لحظات من الصمت.

11. **المشي أثناء النوم** (Sleepwalking disorder): وهو تكرار نوبات من ترك الفراش أثناء النوم والمشي متجولا دون وعي الشخص بالنوبة أو تذكرها.

12. **اضطرابات الحركة (توريت)** (Tourettesdisorder): ويتميز بحركات لا إرادية مترددة لا يستطيع الشخص مقاومتها مع أصوات غير مقصودة.

13. **الاضطراب الضلالي (بارانويا)** (Delusional Disorder): وهي حالة تتميز بوجود ضلالات مسيطرة دون تدهور وظيفي واجتماعي.

14. **اختلال الآنية** (Depersonalization disorder): وهي حالة من التغيّر المتكرر في إدراك النفس إلى الحد الذي يفقد الشخص الشعور بواقعيته مؤقتا.

15. **الصرع (النوبات العظمى والنفس الحركية)** (Epilepsies Grand Mal and psychomoter): وهي نوبات من فقد الوعي أو تغيّره مع تشنجات أو فقدان ذاكرة وسلوك غير واع.

16. **اضطراب الهوية** (Genderidentity disorder): وهي مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالتناقض بين جنس الشخص المحدد بيولوجيا وهويته الجنسية.

17. **الوسواس** (Obsessive Compulsive disorder): ويتميز بوساوس أو طقوس متكررة غير منطقية لا يستطيع الشخص مقاومتها وتسبب له كرب.

تصحيح المقياس:

قام الباحثان بتصميم مفتاح لكلّ مقياس فرعي على أساس حصول المجموعات على درجتين إذا دلت استجابة الفرد على وجود العرض المرضي , وصفر إذا دلت الاستجابة على عدم وجود العرض ودرجة واحدة في حالة الإجابة على (؟) وهي تعني التردد واتخاذ موقفا وسطا أو عدم قدرة الفرد على الموافقة أو الرفض.

وبذلك تكون النهاية الصغرى نظريا لكلّ مقياس فرعي = صفر (صفر x 5 = صفر) أمّا النهاية العظمى نظريا لكلّ مقياس فرعي (5 x 2 = 10) وبذلك تتراوح الدرجات النظرية على كلّ مقياس من

المقاييس بين صفر و10 درجات. وبشكل عامّ تدل الدرجات المرتفعة على وجود العرض المرضي بينما تدل الدرجات المنخفضة على السواء.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

صدق المقياس:

يعد قياس صدق المقياس عاملا رئيسيا في تقدير صلاحينه لقياس ما وضع من أجله (بندر العتيبي، 2004، ص:19) ونظرا لتعدد طرق قياس الصدق، فقد اختارت الباحثة صدق الاتساق الداخلي حيث تّم التأكد من خلاله حساب معامل الارتباط بين كلّ بند والمقياس الفرعي الدي ينتمي اليه وقد تراوحت قيمة بيرسون بين 0.475 و0.670 وقد كانت دالة عند 0.01 ممّا يعني أنَّ المقياس صادق.

ثبات المقياس

تّم التأكد من ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ وكانت قيمة الثبات مُساوية لـ 0.93 ممّا يعني أنه ثابت ويمكن استخدامه

إجراءات الدراسة الميدانية:

تّم توزيع المقياس على الطلبة في مدة أسبوعين حيث تّم استغلال ربع الساعة الأخيرة من مختلف الحصص، حيث يتم استئذان الأستاذ وتوضيح الغرض من توزيع المقياس ثم التوجه للطلبة بسؤالهم الإجابة على الأسئلة التي يحتويها المقياس الذي يهدف إلى رصد مختلف المشكلات التي يُحتمل أن يعاني منها الطالب الجامعي وقد لاقينا إعراضا ورفضا من الطلبة في البداية ولكن هذا الخوف وهذا الرفض ما لبث أن اختفى بعد طمأنتهم على الحرص على سرية المعلومات المعطاة وإبلاغهم أنَّ ما نقوم به هو لغرض وقائي من الجانب النفسي وأن هذا يشبه الفحص الطبي الذي تقوم به مؤسّسات التربية أول كلّ سنة , وذلك ممّا اكسب المفحوصين ثقة وراحة شجعت أغلبهم على البدأ في الاجابة، الشيء الذي حفّز المترددين فالتحقوا بزملائهم، بالإضافة إلى الفضول إلى معرفة المشكلات النفسية التي يحتمل أن يعاني منها كلّ طالب.

الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة:

استعانت الطالبة الباحثة في هذه الدراسة بالنظام الاحصائي SPSS، وهو أكثر الأنظمة الإحصائية استخداما لإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية المختلفة في شتى أنواع البحوث. بالإضافة إلى برنامج المجدول Excel 2007. أمّا الأساليب الإحصائية الموظفة من خلال هذين البرنامجين فهما:

-اختبار T للعيّنات المستقلة

- معامل الارتباط الثنائي لبيرسون.

-النسب المئوية

- المخططات

عرض النتائج ومناقشتها:

بعد تطرقنا إلى الاجراءات المنهجية للدراسة التي اعتمدت عليها دراستنا، سنقوم بعرض النتائج المتوصل إليها ونجيب على التساؤلات المطروحة: 1- كم تبلغ نسبة الطلبة الذين يعانون من أعراض الاضطرابات النفسية

ما هي أكثر أعراض الاضطرابات النفسية انتشارا بين طلبة جامعة الأغواط ؟

يمكننا الاجابة على التساؤلات المطروحة من خلال الجدول التالي:

- **الجدول رقم:2** -

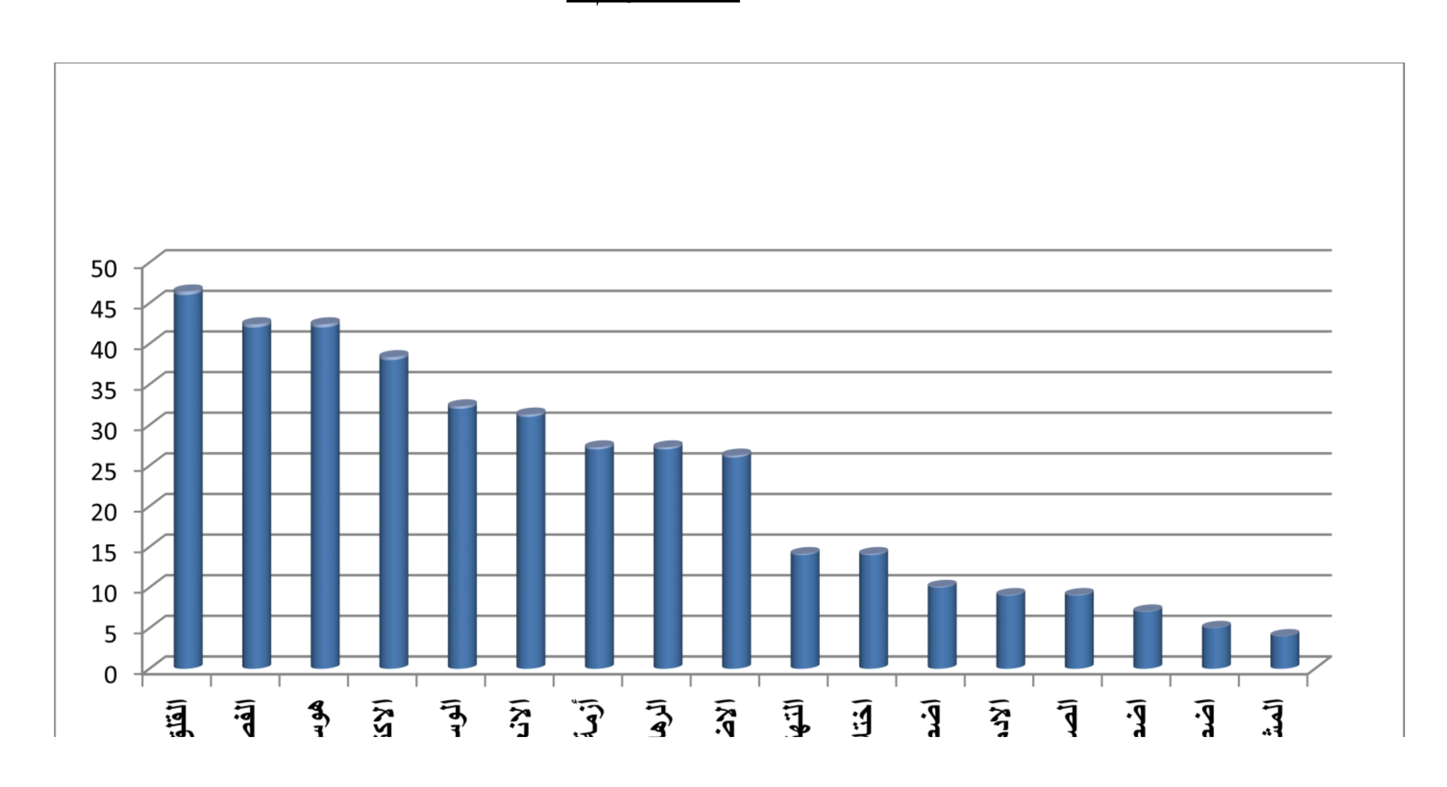
	أعراض الاضطراب	عدد الطلبة	النسبة
1	القلق العامّ	46	45.10%
2	الفصام	42	41.18%
3	الهوس	42	41.18%
4	الاكتئاب	38	37.25%
5	الوسواس	32	31.37%
6	الانعصاب بعد حادثة	31	30.39%
7	اختلال الانية	28	27.45%
8	الرهاب	27	26.47%
9	أزمة الهوية	27	26.47%
10	الاضطراب الضلالي	26	25.49%
11	التهتهة	11	10.78%
12	اضطراب توريت	10	9.80%
13	الادمان	9	8.82%

14	الصرع	9	8.82%
15	اضطراب السلوك	7	6.86%
16	اضطراب الهوية الجنسية	5	4.90%
17	المشي أثناء النوم	4	3.92%

يبين الجدول أعلاه نسبة انتشار أعراض الاضطرابات النفسية بين الطلبة مرتبة من الأكثر انتشارا إلى الأدنى انتشارا.

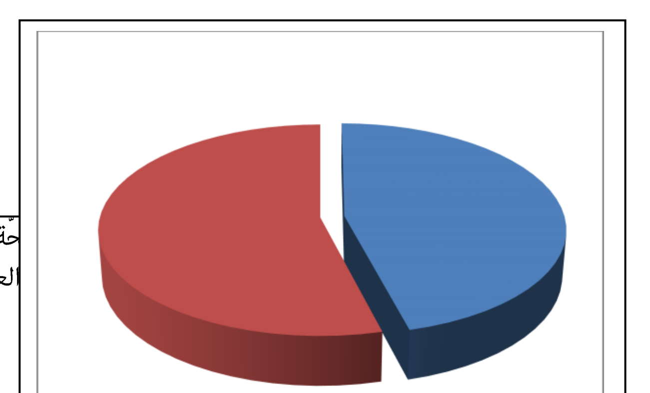
لمزيد من التوضيح نستعين بالمخططات التالية:

– مخطط رقم 1 –



- مخطط رقم 2 -

- مخطط رقم 3-



حّة النفسية
العلوم الإنس

- **مخطط رقم 4**-



- **مخطط رقم 5**-

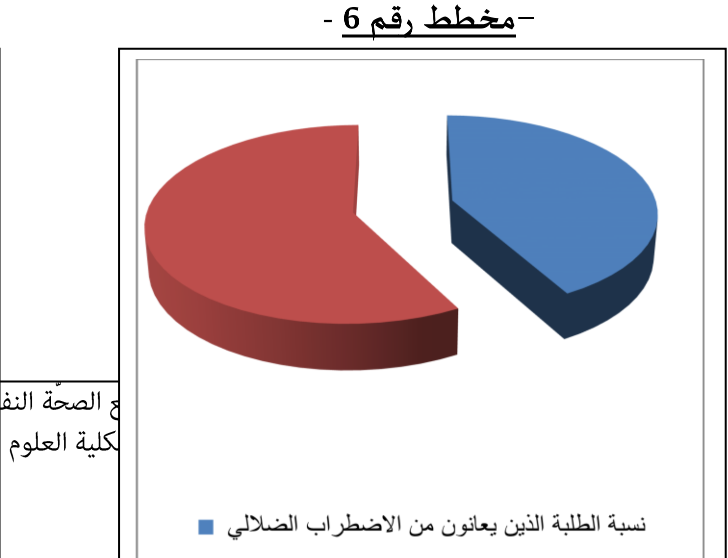
نسبة الطلبة الذين يعانون من الاكتئاب
نسبة الطلبة الذين لا يعانون من الاكتئاب

–

–

–

–**مخطط رقم 6** -



- **مخطط رقم 7** -



ع الصحّة النف
كلية العلوم

من خلال الجدول والمخططات (المخططات 2، 3، 4، 5، 6، 7: تمثّل أعراض الاضطرابات الأكثر انتشارا)، يمكن أن نلاحظ مدى انتشار أعراض الاضطرابات النفسية في وسط طلبة جامعة الأغواط وهذه النتائج في الحقيقة صادمة، فبالرغم من توضيح الدراسات السابقة مثل دراسة الدكتور محمد بدر الانصاري ومركز بارجوري، على وجود أعراض الاضطرابات مثل القلق والاكتئاب ناتجة عن تعرض المجتمع الطلابي بشكل خاصّ إلى خطر المعاناة وخطر اضطراب الصحّة النفسية وبأنّه عُرضة إلى مشكلات من نوع خاصّ (مقارنة بمجتمع الشباب ما بين 16 إلى 25 سنة) إلاّ أنَّ المُلفت للنضر في دراستنا هو نسبة وجودها التي وصلت بالنسبة إلى القلق إلى 45.10% و الاكتئاب الذي وصل إلى نسبة 37.25%،الأمر الدي يتعدى ما توصلت اليه دراسة " مركز بارجوري" (نسبة 37.5% بالنسبة للقلق و24.8% بالنسبة للاكتئاب).

اللافت للنظر أيضا في هذه الدراسة هو مدى انتشار الاضطرابات الذهانية كالفصام، الهوس، الاضطراب الضلالي واختلال الأنية وبنسب عالية تصل إلى 41.18% ممّا يُنذر بالخطر الذي يتهدد الوسط الطلابي بجامعة الأغواط ويفرض ضرورة المسارعة إلى إيجاد الحلول المناسبة للتصدي لها وذلك قبل تفشيها واستفحالها وبالتالي صعوبة أو استحالة علاجها.

الاستنتاج العامّ:

توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أنَّ انتشار أعراض الاضطرابات النفسية في أوساط الطلبة بجامعة الأغواط -و هي الشريحة من المجتمع التي يُعتمد عليها في تحقيق التنمية والتقدم باعتبارها إطارات المستقبل– قد يصل إلى مستويات عالية. لذلك نوصي بأخذ هذه الدراسة بعين الاعتبار والمسارعة إلى إجراء دراسات أكثر عمقا ودقة من أجل اتخاذ الإجراءات اللازمة للتصدي لهذا الوباء الذي يهدد الصحّة النفسية لطلبة جامعة الأغواط .

المراجع:

1- أحمد محمد حسن صالح وآخرون، 2002: **الصحّة النفسية وعلم النفس الاجتماعي والتربية الصحية**، الاسكندرية، مركز الاسكندرية للكتاب.

2- أديب محمد الخالدي، 2009: **المرجع في الصحّة النفسية "نظرية جديدة"**، ط1، الأردن، دار وائل.

3- بشير معمرية، 2009: **دراسات نفسية حول طلاب المدارس والجامعات وفئات أخرى**، ط1، مصر، المكتبة العصرية .

4- بدر محمد الأنصاري، يوليو 2004: القلق لدى طلبة الجامعة: دراسات عربية في علم النفس، **المجلد الثالث، العدد الثاني، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع- مصر.**

5- بطرس حافظ بطرس، 2008: **التكيف والصحّة النفسية للطفل**، ط1، عمان، دار المسيرة.

6- بندر بن ناصر العتيبي 2004: **الخصائص السيكومترية لصورة سعودية من مقياس فينلاند للسلوك التكيفي(دراسة استطلاعية)**، مجلة أكاديمية التربية الخاصّة، العدد5، الرياض.

7- حامد عبد السلام زهران،1997: **الصحّة النفسية والعلاج النفسي**، ط3، القاهرة، عالم الكتب.

8- سامر جميل رضوان،2009: **الصحّة النفسية**، ط3، لأردن، دار المسيرة.

9- صبره محمد علي وأشرف محمد عبد الغني شريت، 2004: **الصحّة النفسية والتوافق النفسي**، الأزاريطة-الشاطبي-، دار المعرفة الجامعية.

10- لطفي الشربيني، 2003: **الطب النفسي ومشكلات الحياة**، ط1، بيروت، دار النهضة العربية.

11- محمد جاسم محمد،2004: **مشكلات الصحّة النفسية أمراضها وعلاجها**، ط3، عمان، مكتبة دار الثقافة.

12- مروان أبو حويج وعصام الصفدي، 2009: **المدخل إلى الصحّة النفسية**، ط1، عمان، دار المسيرة

13- مصطفى حجازي (2006): **الصحّة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة**، ط3، الدّار المغرب ولبنان، المركز الثقافي العربي.

14- مصطفى فهمي، 1998: **الصحّة النفسية "دراسات في سيكولوجية التكيف"**، ط5، القاهرة، مكتبة الخانجي.

15- Comission européene: La santé psychique et psycologique**, Eurobaromètre Spécial**, Juin 2006 , P:2

16- Sauvade Fanny ; Promotion de la santé mentale chez des étudiants rhonalpins, **aPSYtude** , p:3,Lyon, 2011

دور الأخصائي النفساني الأكلينيكي في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي

دراسة ميدانية على مؤسّسات إعادة التربية بولاية الأغواط

أ.مدني ابن يحي، أ.بـورزق كمـال،أ. أنقموش محمد الطاهر

جامعة الأغواط

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور الأخصائي النفساني الاكلينيكي في تحقيق الصحّة النفسية في الوسط العقابي (مؤسّسات إعادة التربية بالأغواط).

ولتحقيق أهداف الدراسة تمّت الاستعانة بمجموعة من الأدوات مثل: ورقة بحث للتعرّف على مدى تقدم عمل الاخصائي النفساني من خلال المقابلة والملاحظة على المساجين، التي طبقت على خمسة عشر أخصائي نفساني عبر المؤسّسات العقابية بالولاية(الأغواط وآفلو)، وظف فيها منهجين (منهج وصفي لوصف عمل الاخصائي ودوره في تحقيق الصحّة النفسية)و منهج تحليل المحتوى لورقة العمل كان الهدف منه استنباط ما إذا كان هناك عمل موحد واتجاهات مسطرة في عمل الممارسة النفسية في الوسط العقابي ومدى التجاوب مع المساجين، وقد أسفرت الدراسة في جانبها الكيفي عن الدور الفعال للأخصائي النفساني في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي حيث:

-يلعب الاخصائي النفساني الاكلينيكي دورا مهما في الوسط العقابي .

- يساهم الاخصائي النفساني الاكلينيكي في علاج ورعاية المسجون.

-يساهم الاخصائي النفساني الاكلينيكي في تحقيق الصحّة النفسية في الوسط العقابي.

الكلمات المفتاحية: الأخصائي النفساني الاكلينيكي-الصحّة النفسية-المحبوس-الوسط العقابي

Abstract:

This study aimed to reveal the role of the clinical psychologist specialist in the achievement of mental health in the punitive environment (correctional institutions of Laghouat). To achieve the objectives of the study, we used a set of tools such as: worksheet, to learn about the progress of the work of psychologist through the interview and observation on the prisoners, which were applied to fifteen Psychologist across penal institutions mandate (Laghouat and Aflou), two approaches were used in the study: - the descriptive approach, to describe the work of a specialist and its role in achieving mental health) - The analytical approach, to analyse the worksheet, which aims to develop if there is a unified work and lined trends in the work of psychological practice in the punitive environment and the

responsiveness with the prisoners. The study resulted in the qualitative part, on the effective role of the psychologist in the achievement of mental health in the punitive environment, Where:

- Clinical psychologist plays an important role in the punitive environment.

- The clinical psychologist Contributes to the treatment and care of imprisoned.

- The clinical psychologist Contributes to The achievement of mental health in the punitive environment.

Key words: clinical psychologist - mental health - imprisoned - punitive environment.

-مقدمة:

لكلّ مهنة من المهن الهامّة في المجتمع أخلاقيات ومواثيق وقواعد ومبادئ تحكم سير العمل المهني الميداني وينبغي التزامها من جانب المتخصّصين فيها والممارسين لنشاطها وهذا الميثاق الأخلاقي يعتبر دستورا تعاهديا بين المتخصّصين يلتزمون وفقا له بالسلوك الهادف إلى أداء مهني عال يترفع عن الأخطاء والتجاوزات الضارة بالمهنة أو مشتغليها أو بالإنسان الذي تستهدفه هذه الخدمة النفسية ،و ميدان الصحّة النفسية مهم جدا نظرا لاتساع الرؤى والاهتمامات البحثية حوله من جانب الباحثين في الوسط الاجتماعي والمؤسّساتي، وميدان الوسط العقابي أحد أهم الميادين التي تهم الدارسين والباحثين كون هذا الوسط المغلق يحمل بين ثناياه وجدرانه العديد من القضايا وأرضيات البحث والتحري والتقصي في المجال الاكلينيكي والمرضي والعلاجي تدخل ضمن برامج مؤسّسات وزارة العدل ،و كأحد الفاعلين في الوسط العقابي يوجد الاخصائي النفساني كأحد العناصر المهم في التركيبة البشرية الوظيفية في هذه المؤسّسة، فالأخصائي النفسي أصبح يساهم في عملية التشخيص باستخدام المقاييس النفسية التشخيصية، والطبيب النفسي يقوم بعلاج المريض باستخدام أساليب العلاج النفسي والدوائي، والأخصائي الاجتماعي يساعد المريض كي يحصل على دعم كامل خارج البيئة العلاجية (Schindler et al.,1987.p.155).

إن تنوّع وظائف ومسئوليات الأخصائي النفسي الإكلينيكي داخل مؤسّسات الصحّة النفسية قد يجعل تحديد دوره بدقة أمراً صعباً، ولذلك فإن مهمة التقدير التشخيصي تكاد تكون هي المهمة الرئيسة التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي **(منظمة الصحّة العالمية، 1985 ص 157).**

وفي الوقت الحاضر وكنتيجة لنبذ النظام المؤسّساتي لاحتضان المرضى النفسيين تغيّرت النظرة إلى الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وأصبح ينظر إليهما باعتبارهما يساهمان في العلاج النفسي وفي وضع الخطط الخاصّة بالرعاية اللاحقة (Matthew,1993).

ويرى الكثير من الباحثين أنَّ الأدوار المنوطة بالأخصائي النفسي الإكلينيكي تتمثّل في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها، وعمل البحوث النفسية، وتقديم الاستشارات النفسية للأفراد والمؤسّسات العلاجية **(عبد الستار إبراهيم، 1988 ؛ حسن عبد المعطي، 1998 ؛ Spencer,1993)**

ويرى ايضا بعض الباحثين أنَّ التشخيص، والعلاج النفسي، وإجراء البحوث النفسية، والتدريس في الجامعات والكلّيات تعتبر من أهم مهامّ الأخصائي النفسي الإكلينيكي.**(ليندا دافيدوف،** 1988.ص122؛ Costin& Draguns,1989).

ورغم أنَّ بعض الأخصائيين النفسيين يقومون بالتدريس في المدارس والمؤسّسات الطبية، إلاّ أنَّ الكثير من طلاب الطب لديهم إدراكات خاطئة عن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي وذلك كنتيجة مباشرة لتأثير الطب النفسي عليهم. لذلك فإن قلة معرفة طلاب الطب والأطباء بالقضايا النفسية وبمهارات الأخصائي النفسي الإكلينيكي تعتبر من أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي الذي يعمل في المؤسّسات الطبية والمؤسّسات التي تحتاج للأخصائي النفساني**(فهد الربيعه ،2014ص ص4-5)**.

الإشكالية:

يعتبر دور الاخصائي النفساني في الوسط العقابي مهما جدا من كلّ النواحي، ذلك لأن وجوده يعتبر من اهم البرامج المسطرة من طرف وزارة العدل ،ومن اجل الاهتمام ورعاية المسجون من جهة وإعداده لإعادة إدماجه في الوسط الاجتماعي من جهة اخرى. وعدم التوعية والاهتمام بالسجين خاصّة من المدمنين والجانحين وغيرها من الحالات تعتبر من المشكلات الاجتماعية التي تؤثّر تأثيرا بالغا على الدولة والمجتمع وأفراده على حد سواء، وذلك لما لهم من مترتبات اقتصادية اجتماعية ونفسية وصحية.

إن معظم العاملين في مجال الصحّة النفسية من غير الأخصائيين النفسيين قد لا يكون لديهم الاستعداد للاعتراف بكفاءة الأخصائي النفسي الإكلينيكي وقدرته على ممارسة مهامّه التي تم تأهيله وتدريبه عليها **(Matthew,1993)**. كذلك فإن بعض الأطباء النفسيين يرون أنَّ الأخصائي النفسي الإكلينيكي لديه قدرات محدودة لممارسة التشخيص والعلاج وتقديم الاستشارات النفسية لأنه لم يتلق تدريباً وتأهيلاً كافيين في هذه المجالات **(Meyer et al.,1988)**.

ومن ناحية أخرى فقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أنَّ عامّة الناس يدركون الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي، حيث أشارت هذه الدراسات إلى أنَّ الأخصائي النفسي الإكلينيكي قادر على القيام بتشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها، وتقديم الاستشارات النفسية.

(Schindler et al., 1987 p299; Bland et al., 1990 ;p345)

وبالإضافة إلى قيام الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأدوار رئيسه تتمثّل في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية وتقديم الاستشارات النفسية فإن **محمد الصبوه** (2002) على سبيل المثال:يرى أنَّ تدريب أفراد المهن الأخرى المتصلة بمجال الصحّة النفسية هو من صميم عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي وفي هذا الصدد يقول **محمد الصبوه** (2002): " ينتظر من الأخصائي النفسي ضرورة المشاركة في ممارسة التخصّص، وفي تدريب أفراد المهن الأخرى المتصلة بمجال الصحّة النفسية، كالأطباء في مجال طب الصناعات وطب البيئة والمجتمع، والأطباء النفسيين والممرضين، والاختصاصيين الاجتماعيين، والمسئولين عن مراقبة الجانحين، وغيرهم كثيرون.. تدريبهم على إنجاز مهامّهم بنجاح وبأقل عدد من العمليات والخطوات اللازمة للإنجاز.**(فهد الربيعه** ،2014 **ص 7)**.

وعلى اعتبار أنَّ الممارسة النفسية عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته ويحلها في ضوء معرفته لها، وذلك لكي يصل إلى تحقيق أهدافه المتمثّلة في الصحّة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا، فقد حاول الباحثين في هذا البحث المتواضع البحث أو الكشف عن أهمّية دور الاخصائي النفساني في الوسط العقابي، وما مدى فاعليته في تحقيق الصحّة النفسية لدى السجين.

إن الغموض في دور الأخصائي النفسي العيادي يطرح قضية رئيسية تحاول الدراسة الحالية بحثها من خلال الوقوف على واقع ممارسته اليومية في الوسط العقابي وهذا من وجهة نظر الأخصائي النفسي العيادي نفسه،

وعن هذا الدور الذي يلعبه الاخصائي النفساني في تنفيس الانفعالات لدى المسجونين تطرح التساؤلات التالية:

-ما هو دور الاخصائي النفساني الاكلينيكي في مؤسّسات اعادة التربية ؟

-هل يمكن أن يكون للأخصائي النفساني الاكلينيكي دور في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي؟.

-فرضيات الدراسة:

الفرضية العامّة: للأخصائي النفساني الاكلينيكي دور مهم في تحقيق الصحّة النفسية في الوسط العقابي

الفرضيات الفرعية:

- يلعب الأخصائي النفساني الاكلينيكي دورا مهما في الوسط العقابي .
- يساهم الأخصائي النفساني الاكلينيكي في علاج ورعاية المسجون.

- يساهم الأخصائي النفساني الاكلينيكي في تحقيق الصحّة النفسية في الوسط العقابي.

-أهمّية الدراسة وأهدافها:

تعتبر الدراسات التي تناولت دور الاخصائي النفساني بالوسط العقابي قليلة –حسب علم الباحثين- كون الولوج إلى عالم الوسط المغلق صعب جدا وتحذوه متغيّرات أخرى تجعله ليس كالمؤسّسات الاخرى، وكون مؤسّسات إعادة التربية لها خصوصياتها وهيكلها ونظامها الصارم، وتكمن أهمّية الدراسة في انها تدرس دور الاخصائي النفساني الاكلينيكي بالوسط العقابي..

يأمل الباحثين في أن تكون الدراسة الحالية بمثابة إضافة إلى التراث السيكولوجي ممّا قد يثري المكتبة العربية في هذا المجال. وأخيراً فإن نتائج الدراسة الحالية وتوصياتها ربما تسهم في توضيح الدور الحقيقي للأخصائي النفسي الإكلينيكي في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي.

على ضوء ما سبق فإن الدراسة الحالية تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. الوقوف على دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالوسط العقابي.
2. التطرق إلى دور الاخصائي في تحقيق الصحّة النفسية للمسجون.
3. الوقوف على أهمّية الاخصائي النفساني الاكلينيكي.

-مصطلحات الدراسة:

1- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

يقصد بالدور هنا المهامّ الموكلة إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمتمثّلة في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها، وتقديم الاستشارات النفسية للأفراد والمؤسّسات العلاجية، وعمل البحوث والدراسات النفسية.

-2-تعريف الأخصائي النفساني: عموما يمكن النظر إلى الأخصائي النفساني بأنّه شخص اكتسب أسس وتقنيات وطرق سيكولوجية للتعرّف على شخصية العميل، ومن ثم تشخيص مشكلاته، وبالتالي وضع خطة للعلاج والوصول به إلى التوافق الشخصي والاجتماعي الممكن.**(وناس أمزيان.2010.ص94)**

تعريف لويس كامل مليكة 1977:

فقد ميزه عن غيره من الأخصائيين باستخدام الأسس والتقنيات والطرق والإجراءات السيكولوجية، مع إمكانية التعاون مع غيره في الفريق الإكلينيكي وذلك في حدود الإعداد والتدريب المهني والإمكانيات المتاحة، وفي إطار من التفاعل الإيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل، وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته، ومدى استجابته لمختلف أصناف العلاج، ثم

العمل على الوصول بالعميل إلى أقصى توافق اجتماعي وذاتي ممكن" **(لويس كامل مليكة،1977 ص 12)**

تعريف ساراسون وساراسون Sarason&Sarason:

الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأنّه " أخصائي نفسي حاصل على درجة علمية عالية غالباً ما تكون الدكتوراه، ومتخصّص في السلوك غير العادي، وهو مدرب على تشخيص وعلاج اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية الأخرى غير عضوية المنشأ، ويقوم أيضاً بعمل البحوث والدراسات النفسية "

. (Sarason.1984.P.12)

تعريف هولمز Holmes:

الأخصائي النفسي الإكلينيكي بأنّه "الشخص الحاصل على درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي، ويكون أيضاً حاصلاً على تدريب كافي في المجال الإكلينيكي بحيث يصبح قادراً على تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية " (Holmes.1994.P.600).

تعريف نوربارسيلامي N. SILLAMY

بأنّه "الشخص الذي يمارس نشاطه المهني في إحدى مجالات علم النفس، حيث يقوم بتطبيق المعارف النظرية والتطبيقية ولديه القدرة على التفهم والتقارب اللذان يسمحان له بإقامة علاقة حقيقية مع الآخرين، وفهم تصرفاتهم وسلوكهم وذلك عن طريق إجراء المقابلات وتطبيق الاختبارات النفسية بمختلف أصنافها للوصول إلى التشخيص المناسب لحالاتهم والمساهمة في تطوير شخصيتهم، وتقديم العلاج النفسي المناسب لهم، كما لديه أيضا نشاطات في الوقاية، الإعلام، وفي البحث والتكوين **(**N.Sillamy P: 394).

ويقصد بالأخصائي النفسي الإكلينيكي في الدراسة الحالية الشخص الحاصل على الأقل على درجة الليسانس في علم النفس الاكلينيكي، ويعمل في أحد المؤسّسات العقابية التابعة لوزارة العدل(ادارة السجون)بولاية الأغواط (الجزائر)، ويجب أن يكون هذا الشخص قادراً على المساهمة في عمليتي التشخيص والعلاج النفسي عن طريق تطبيق وتفسير الاختبارات النفسية، ودراسة الحالات الفردية ومتابعتها وإجراء المقابلات الإكلينيكية بالوسط العقابي.

-3-تعريف المؤسّسة العقابية:

هو المكان الذي تنفذ فيه العقوبة السالبة للحرية ،يتميز بالبنية العمرانية المغلقة، تخدم طبيعة المهامّ الأمنية وفق نظام داخلي يساعد على تسيير المؤسّسات العقابية.

وتطور هذا الوسط المغلق اصبح يسمى مؤسّسة اعادة التربية او اعادة التأهيل ،مؤسّسة الوقاية وكذا المراكز المتخصّصة، مسايرة مع تطور الدور الاصلاحي الذي إنجر عنه ظهور مساحات عمل جديدة تحوي ممارسات مهنية تخدم التصور الجديد للمحبوس منها الممارسة النفسية التي تهدف إلى تحقيق الصحّة النفسية.**(دليل الاخصائي النفساني ،2013،ص13)**

-4-تعريف المحبوس:

هو ذلك الشخص الذي هدد أمن المجتمع بسلوكه المنحرف المخالف للقانون وألحق الضرر ماديا أو معنويا بشخص الضحية أو في حق المجتمع وتم الحكم عليه بعقوبة سالبة للحرية في مؤسّسة عقابية ويصنف المحبوسين حسب العقوبة ،مدة السجن وحسب الجنس والفئة العمرية.

-5-تعريف الصحّة النفسية:

أضحى الاهتمام بالصحّة النفسية يزداد باطراد، واتسع الوعي بأهميتها البالغة في سعادة الفرد واستقرار المجتمع. وأنشئت في الدول المتقدمة المؤسّسات المتخصّصة للقيام بالدراسات حول تطور الصحّة النفسية في مجتمعاتها واقتراح الخطط والبرامج الكفيلة برعايتها وتطويرها، واقتراح كلّ ذلك على مدبري الشأن العامّ من مختلف القطاعات، فالصحّة النفسية لا تهم فقط القطاع الحكومي المهتم بالصحّة، ولكنها تهم جميع القطاعات الحكومية بدون استثناء. كما اهتمّت المنظمات الدولية بالصحّة النفسية، فاختارتها منظمة الصحّة العالمية سنة 1992 م لتكون إحدى المشكلات الصحية ذات الأولوية، وحثت على رعايتها من قبل الدول والهيئات والأفراد. ثم قررت منذ ذلك الوقت الاحتفال سنويا باليوم العالمية للصحّة النفسية في العاشر(10) من شهر أكتوبر من كلّ عام.

ويمكن **تعريف الصحّة النفسية السليمة** بأنّها:(قدرة الإنسان على الشعور بالسعادة وإيمانه بقيمة الحياة وتكوين علاقات صادقة مع الآخرين وكذلك قدرته على العودة إلى حالته الطبيعية بعد التعرض لأي صدمة أوضغط نفسي فالصحّة النفسية جزء مكمل للصحّة العامّة.**(صالح حسن الداهري،2005.ص 25)**

الصحّة النفسية لا تعني خلو الإنسان من الأمراض ،بل تعني التوافق الاجتماعي والتوافق الذاتي والشعور بالرضا والسعادة والحيوية والاستقرار بالإضافة إلى الإنتاج الملائم في حدود إمكانية الإنسان وطاقاته وليس مجرد الخلو من الأمراض.**(موسي جبريل وآخرون،2002، ص248)**

6-الصحّة النفسية بالوسط العقابي:

ينزوي مفهوم الصحّة النفسية في الوسط العقابي على الدور الفعال للأخصائي النفسي الإكلينيكي حيث أنَّ الحفاظ على الصحّة النفسية والتوافق النفسي والتكيف السليم والوقاية من

الأمراض على نوعية الحياة الجديدة ،بحثا عن التأثير النفسي للرعاية الصحية والاجتماعية الجيدة ناهيك على أنّ الوسط المغلق مكان أمني بالدرجة الاولى يودع فيه اشخاص منحرفين معاقبين لهم خصوصيتهم السلوكية ومنه فانه يختلف في تشكيلته العمرانية عن المؤسّسات الاستشفائية ممّا يجعل الاخصائي يواجه إشكاليات جديدة تبحث دائما على التوفيق بين الجانب العلاجي والأمني ،فيحرص على ضبط المتغيّرات الدخيلة للوسط والتقليص من آثارها على الممارسة النفسية حيث:

-لتحقيق الصحّة النفسية بالمؤسّسة العقابية يجب تنمية المهارات النفسية والاجتماعية

-تعزيز ميكانيزمات المواجهة والتكيف الفعال مع الوضعيات الضاغطة

-الاستيعاب الجيد لمفهوم العقوبة

-تنمية أساليب الاتصال الإيجابية بين مختلف العناصر وتجنب الصراعات العلائقية.

-تحقيق مجال اجتماعي لتجاوز حالة الضغط والاحباط والمعاناة

-المساهمة في اعداد برامج اعادة الادماج وتحفيز المحبوسين للمشاركة فيها ،لما لها أهمّية في العلاج **(دليل الاخصائي النفساني، مرجع سابق ،ص ص14-15)**

-الدراسات السابقة

بالرغم من توفر الدراسات التي كشفت عن زيادة الوعي لدى عامّة الناس بكفاءة الأخصائي النفسي الإكلينيكي في علاج الاضطرابات العقلية والنفسية، إلاّ أنَّ الدراسات التي تناولت دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي بالوسط العقابي ما زالت نادرة جداً نظرا لصعوبتها وخصوصية المكان والوضعية الأمنية.

ومن الدراسات التي تناولت إدراك عامّة الناس لدور الأخصائي النفسي الإكلينيكي ما قام به:

-**شيندلر وزملاؤه** Schindle et al.,(1987) والتي أوضحت أنَّ تقييم عامّة الناس لقدرة الأخصائي النفسي الإكلينيكي على علاج الاضطرابات العقلية كان مساوياً لتقييمهم للطبيب النفسي. كذلك كشفت هذه الدراسة عن أنَّ الأخصائي النفسي الإكلينيكي كان أكثر اهتماماً وعناية بالمريض من الطبيب النفسي.

-كذلك **أجرى وود وزملاؤه**, Wood , et al (1986) دراسة مسحية على (201) من عامّة الناس لمعرفة اتجاهاتهم نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمهامّ التي يقوم بها. وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أنَّ غالبية أفراد العيّنة لديهم اتجاهات إيجابية نحو الأخصائي النفسي الإكلينيكي، حيث أفاد 84% من أفراد العيّنة أنَّ علم النفس علم تطبيقي، وأفاد 58% منهم أنَّ علم النفس لا يستخدم من أجل

استغلال الناس، بل يهدف إلى تحقيق سعادتهم. كما أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أنَّ عامّة الناس ينظرون إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي كعالم سلوكي

كذلك قام **شاربلي**Sharpley (1986) بدراسة عن اتجاهات عامّة الناس نحو الأخصائي النفسي، والطبيب النفسي، والأخصائي الاجتماعي، والمرشد النفسي. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أنَّ 22.9% من أفراد العيّنة يرون أنَّ الأخصائي النفسي قادر على مساعدة الناس في حل مشاكلهم التي يتعرضون لها.

ومن بين الدراسات المحلية دراسة وناس أمزيان 2010 الموسومة بالعنوان التالي:

"الأخصائي النفساني الممارس في الوسط العقابي بين أخلاقيات المهنة ومتطلبات الوظيفة"،حيث باعتباره كأحد الممارسين في الوسط العقابي ومن ثم أستاذ جامعي باحث تطرق في دراسته حول الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفساني الإكلينيكي بالوسط العقابي واستخلص ما يلي:

إن الغموض الذي يلف مهنة الأخصائي النفساني الممارس في الوسط العقابي يجعله يشعر بالضرورة بعدم الرضا، وبالتالي تقل كفاءته التي يترتب عنها عدم القدرة على مواجهة صعوبات المهنة، ممّا يفرض عليه مستقبلا التكيف مع هذه الظروف التي تولدت عن خصوصية الوسط العقابي الذي يحوي أفرادا ذوي خصوصيات واحتياجات خاصّة، لذلك فإنه هو من يوصل تصوره للآخرين ويوضح خصوصيات مهنته ومتطلبات وظيفته، ولا ينتظر فقط التوضيحات منهم، وهو من يبادر بالتقرب منهم، وليس العكس، لعله يتمكّن من إيصال ما يجب عليه فعله وتوضيحه للآخرين ممّا يمكّنه من ترسيخ دوره أكثر وتفعيله في الوسط العقابي لأنه شخص محوري وأساسي لا يمكن الاستغناء عنه. **(وناس امزيان ،مرجع سابق ،ص102)**

-مناقشة الدراسات السابقة:

على الرغم من أنَّ الدراسات السابقة المذكورة اتفقت من جانبها النظري والتطبيقي على الدور الفعال والمهم للأخصائي النفساني إلاّ أننا لم نتحصّل على دراسة ضمنية تدخل في مجال الصحّة النفسية بالوسط العقابي ولعلها الدراسة الاولى في هذا الميدان واعتبارها تحدي للواقع باستثناء دراسة وناس امزيان2010الذي اشتغل بدوره في تبيين دور الاخصائي بالمؤسّسة العقابية وكونه ممارس سابق داخل جدرانها ودراساته المتتالية على شكل سلسلة يتابع فيها خروج المسجون واتصاله بالمجتمع كتلك الدراسة التي نشرت بمجلة دراسات –جامعة الأغواط - بعددها 27 بتاريخ اوت 2013 (صدمة الافراج من السجن)، ومن جانب آخر لا ننسى بعض الدراسات السابقة التي اشتغل عليها الباحثين التي تدخل ضمن الممارسة الميدانية على بعض الاضطرابات العصابية والوجدانية والذهانية التي كان مسموح الدراسة عليها وبعد ذلك وفي إطار السرية والأمن الوطني للمؤسّسات العقابية ضرب المجال البحثي

الخارجي بسياج أمني صارم يحرم الدراسات والبحث السيكولوجي في نطاق مؤسّسات اعادة التربية بالجزائر نظرا لخصوصياتها وغيرها، وعليه نرجو ان تكون دراستنا على الاخصائيين موضوع اهتمام جدي للمعنيين.

-مميزات عمل الاخصائي النفساني الاكلينيكي في الوسط العقابي:

- الحياد والموضوعية في العمل.

-الوعي بالذاتية والتقبل اللامشروط للمحبوسين.

-القدرة على التحمّل والاستيعاب لكلّ إشكالياتهم الاجرامية.

-المحافظة على السر المهني.

-التحكم بالذات ،أسلوب التدخل ،طريقة التواصل والتحكم والايماءات ،والوعي بحالات الاسقاط الذاتي والتحويل المضاد.

-الوعي بالثقافة التحتية للمؤسّسة العقابية.**(دليل الاخصائي النفساني ،مرجع سابق،ص16)**

-أدوار الاخصائي النفساني الاكلينيكي في الوسط العقابي:

أ-**الدور الوقائي**: الوقاية من الصدمة النفسية(التناذر العقابي)

-الوقاية من الآثار السلبية للبيئة العمرانية للمؤسّسة العقابية

-الوقاية من اختلال مفهوم الزمان وضيق المجال المكاني.

-الوقاية من الانغلاق الحسي وتأثيرها على وظائف الحواس

-الوقاية من التكيف السلبي (الانحلال في الثقافة التحتية للمحبوس)

-الوقاية من صدمة الخروج(النبذ الاجتماعي)

ب-***الدور الارشادي والمسايرة النفسية:***

بحكم المعاناة المستمرة ومواجهة الوضعيات الضاغطة والمواقف الصراعية فهو يحتاج إلى التدخل طيلة فترة العقوبة.

-التفاعل مع الحياة الانفعالية للمحبوس وفق علاقة مهنية.

-المساعدة على فهم ذاته وارشاده إلى الوصول لأنسب القرارات في الحاضر والمستقبل.

ج-*الدور العلاجي :*العلاج لا يستعمل على جميع المساجين بل الفئة التي تعاني من مرض نفسي مع:

-تحديد الحالات المستهدفة من خلال التقييم المستمر ومراجعة الطلب المقدم وتحديد نوع المساعدة التي يحتاجها.**(دليل الاخصائي النفساني، مرجع سابق ،ص ص 17-18)**

-الطرح الجيد للإشكالية النفسية ووضع تشخيص وفق الاعراض.

-تكوين عقد علاجي وفق أهداف مسطرة مع المحبوس المريض نفسيا.

-تقييم العلاج كمرحلة اساسية وتقدير العلاج الخاصّ بالأخصائي ومناقشته مع المفحوص.

د-*الدور الاصلاحي(البعد الاجرامي):*

لا توجد شخصية اجرامية بالتأكيد ولا يمكن ان تكون خاصّية ثابتة للشخص ذاته ،توجد سمات وعوامل الشخصية الاجرامية ومنه فان الانحراف هو مناسبة لدراسة الشخصية.

-يعتمد الاخصائي في دراسته على نفس خطوات دراسة الحالة للمنهج العيادي ،تاريخ الاجرام ،تشخيص طبيعة المجرم ومدى خطورته ،و تقدير مدى قابليته للتغيير والاندماج.

-سلوك الجانح تعبير فعلي في البيئة عن الصراع النفسي والدوافع المكبوته، تجعل من المجرم أشد خطورة من المريض النفسي..**(دليل الاخصائي النفساني، مرجع سابق ،ص 19)**

-مفهوم الصحّة النفسية من منظور معرفي:

أمّا مفهوم الصحّة النفسية من منظور معرفي، فإنه يعتمد على الطريقة التي يعتمدها الفرد في تفسير وتقييم المواقف والأحداث البيئية المحيطة، وأن زيادة الشعور بالفاعلية الذاتية يساهم في تعزيز الصحّة النفسي والجسمية عند الفرد. وبحسب رأي المعرفيين، فإن الشخص الذي يتمتّع بصحّة نفسية مناسبة، هو الذي يُفسّر الخبرات المهددة له بطريقة تمكّنه من المحافظة على الأمل، ومن استعمال مهارات مناسبة في حل المشكلات، واستعمال أساليب معرفية مناسبة في مواجهة الضغوطات النفسية، بينما الشخص الذي لا يتمتّع بصحّة نفسية مناسبة هو الذي يفقد الأمل، والشعور بالعجز، ولا يتمكّن من الاستجابة بثقة واقتدار لمتطلبات البيئة، كما يعجز عن استعمال الأساليب المعرفية المناسبة في مواجهة الضغوط النفسية. (Calhoun,1990.p247)

-مظاهر التمتّع بالصحّة النفسية:.(علي جاسم الزبيدي ،2014)

يتسم الفرد الذي يتمتّع بصحّة نفسية بالمظاهر والخصائص الاتية:-

*.الإيجابية في الاقدام على الحياة والعمل والدراسة والرضا عنها والاستمتاع بممارسته لها والإبداع والتنوّع في أساليب الممارسة.

*.الالتزام الناجم عن قناعة بالقيم الدينية والخلقية والاجتماعية السائدة في المجتمع.

*.التفاؤل غير المفرط في تحقيق الأهداف وتطور الحياة نحو الأفضل وحل المشاكل وخلق مستقبل افضل.

*.التقبل الواقعي والإدراك الموضوعي لحدود إمكانياته وطرق توظيفها في المكان والوقت المناسبين والتوجه البناء نحو تحسين ،إمكاناته وظروفه إلى مستوى افضل.

*.اتخاذ اهداف واقعة قريبة المنال وتنسجم مع امكاناته المتاحة حاليا وأهداف بعيدة المدى اخرى

*.الشعور بالقدرة على إنجاز ما يرغب او ما يطلب منه عمله.

*.التمتّع بعلاقات اجتماعية إيجابية وتقبل اجتماعي من محيطه وتقبله لقيم الجماعة والنظام الاجتماعي والتفاعل إيجابيا مع الاخرين.

*.اشباع الفرد لدوافعه وحاجاته المتنوّعة المحددة بصورة واقعية وبأساليب إيجابية مقبولة اجتماعيا ممّا يوفر له الشعور بالارتياح النفسي والتقدير الاجتماعي.

*.النجاح في العمل الذي يكلّف به الفرد دون إرهاق او ضغوط او معاناة.

*.القدرة على ضبط الذات وتحمّل المسؤولية واتخاذ القرارات الصائبة ذات النتائج الإيجابية.

*.ارتفاع مستوى التحمّل النفسي في مقاومة الظروف الضاغطة او المعوقة لسبل حل المشكلات التي تواجهه دون يأس او احباط.

*.النضج الانفعالي والاتزان الانفعالي وعدم الإثارة والتهور والاندفاع والحدة الانفعالية من جانب والتبلد والخمول الانفعالي من جانب آخر.

*.الصحّة الجسمية اي التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة.

*.الثقة بالذات وبالآخرين وبالعالم المحيط به والشعور بأنّ الآخرين يثقون به ويقدرونه.

*.الشعور بالأمن والانتماء والحفاظ على حياته وممتلكاته وحرصه على أمن وسلامة الآخرين وحفظ حقوقهم **(علي جاسم الزبيدي ،2014،ص ص4-5)**

-مظاهر عدم التمتّع بالصحّة النفسية:

ان مظاهر عدم التمتّع بالصحّة النفسية كثيرة ومتنوّعة ,وتظهر في سلوكيات الافراد والجماعات في صياغات واشكال مختلفة ومنها على سبيل المثال لا الحصر:

1-الإفراط في استخدام الميكانزمات الدفاعية لحماية الذات والشعور الخادع بالتوازن, مثل التبرير والإسقاط وإبدال العدوان.... الخ

2-كثرة التشكي من ظروف العمل او صعوبة الدراسة او كثرة الامراض البدنية الوهمية غير الحقيقية.

3-عدم الاستقرار والتطور الوظيفي او الفشل الدراسي او تغيير التخصّص الدراسي.

4-المبالغة والتهويل او التقليل في تقدير الفرد لقدراته وامكاناته او ظروف عمله.

5-عدم الواقعية والموضوعية في تحديد الاهداف, وعدم النجاح في ايجاد الحلول المناسبة والاساليب الناجحة للتغلب على الصعاب التي تواجه الفرد.**(علي جاسم الزبيدي ،المرجع السابق، ص 15)**

6-الانهماك والمبالغة في اشباع الحاجات الانية, وعدم وضع الخطط لأهداف او مشاريع بعيدة المدى.

7-عدم النضج الانفعالي وسرعة الاثارة لأسباب غير مثيرة.فيبدو عليه القلق والغضب والانزعاج او العدوان.

8-سرعة الفشل والانهيار والتعبير عن العجز امام الظروف الضاغطة البسيطة.

9-التفاعل الاجتماعي غير الناجح وضعف العلاقات الاجتماعية والسعي لان يأخذ اكثر ممّا يعطي.

10-ضعف المشاركة الاجتماعية في النشاطات والفعاليات الجماعية او الحفلات والمناسبات السارة وعدم الاستماع فيها.

11-كثرة التعرض لصراعات القلق او المخاوف غير المبررة او اضطرابات النوم والاحلام المزعجة وغيرها من الاضطرابات العصابية.

12-ظهور بعض الامراض السايكوسوماتية مثل ارتفاع ضغط الدم/السكري/اضطرابات افرازات الغدة الدرقية (http://revue-fshs.univ-setif.dz/index.php?id=573.)

13-ظهور بعض الاضطرابات السوسيوباتية والسايكوباتية على سلوك الفرد, مثل الشذوذ الجنسي والجناح المزمن/والاعتماد على العقاقير والمخدرات والمهدئات (الادمان) والتزوير والغش في الامتحانات والتعاملات.

13-مناهج وأهداف وأساليب توفير الصحّة النفسية بالوسط العقابي:

هناك ثلاثة مناهج رئيسية متكاملة قد طورت للتعامل مع موضوع الصحّة النفسية, وهي باختصار:

➢ .المنهج الانمائي او البنائي:

وهو المنهج الذي يهدف إلى التعامل مع الاسوياء من المسجونين بقصد الوصول بصحتهم النفسية إلى اقصى حدودها الممكنة, والاخذ بأيديهم إلى اعلى درجات الشعور بالسعادة والكفاية والكفاءة والرضا عن الذات وعن الاخرين. لاويمارس هذا المنهج في مجالا عديدة منها الوسط العقابي ويتعداها إلى: الاسرة والمدرسة والمهنة والمجتمع ,متبعا اساليب علمية وتربوية وترفيهيه متنوّعة.

➢ .المنهج الوقائي:

ويمثّل مجموعة من الجهود التي يبذلها القائمون على شؤون الصحّة النفسية بالمؤسّسة العقابية للحيلولة دون حدوث الاضطرابات النفسية الناتجة عن سوء التوافق, والتي تؤدي بدورها إلى ظهور الامراض النفسية ,وكذلك الاقلال من العوامل التي تساعد على ظهور الأمراض والاضطرابات العقلية. وذلك من خلال استخدام وسائل تهدف إلى تجنب المساجين اسباب كوارث البيئة والوسط ,و اسباب الانحرافات والاضطرابات النفسية من جانب, وتعزيز الظروف والفرص المهيئة للتطور النفسي السوي وعوامل الاطمئنان والأمن.

وتتولى هذه المسؤوليات الاسرة بالدرجة الاولى باعتبارها النواة الاولى والاساسية في المجتمع.وكذلك المؤسّسات العقابية والتعليمية النظامية والاجتماعية والاعلامية مع الاستعانة ببعض الخبراء في هذا المجال.

➢ .المنهج العلاجي:

يهتم هذا المنهج بالأفراد المصابين بالاضطرابات والانحرافات والامراض النفسية والعقلية ,ووضع البرنامج والخطط لعلاجهم والتحقيق عما يعانونه. وتتولى مسؤولية هذا المنهج المؤسّسات الوقائية واعادة التربية والمستشفيات العلاجية الخاصّة والمتخصين في عيادات الطب النفسي والعلاج النفسي والارشاد النفسي وبعض المصحات الخاصّة بالإدمان والامراض السايكوباثية. **(بتصرف-علي جاسم الزبيدي ،المرجع السابق،ص 9)**

الجانــب الميــــداني:

1-منهج الدراسة:

في ضوء طبيعة موضوع الدراسة الحالية تم استخدام منهجين:المنهج الوصفي نظراً لملائمة هذا المنهج لأهداف الدراسة الحالية وكذا منهج تحليل المحتوى لتحليل ورقة العمل المستخدمة لأغراض الدراسة.

2-مجتمع وعيّنة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع الأخصائيين النفسيين العاملين بمؤسّسات إعادة التربية وإعادة التأهيل والوقاية–مجلس الأغواط - التابعة لوزارة العدل (إدارة السجون)، ويبلغ عددهم خمسة عشر (15) أخصائيا نفسانيا، أي أنَّ نسبة الذين استجابوا للأداة المستخدمة في الدراسة الحالية كانت 100%

3-وصف عيّنة الدراسة:

3-1-توزيع الذكور والاناث:

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	07	%46.66
اناث	08	%53.33
المجموع	15	%100

3-2-توزيع الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	العدد	النسبة المئوية
اقل من سنة	07	%46.66
من سنة إلى 5سنوات	03	%20
اكثر من 5 سنوات	05	%33.33
المجموع	15	%100

3-3-توزيع مكان العمل:

مكان العمل	العدد	النسبة المئوية
إعادة التربية والتأهيل (بن ناصر بن شهرة)بالأغواط	08	%53.33
إعادة التربية بمدينة الأغواط	04	%26.66
إعادة التربية بآفلو. ولاية الأغواط	02	%13.33
م.الوقاية بآفلو. ولاية الأغواط	01	%6.66
المجموع	15	%100

4-أداة الدراسة:

قام الباحثان بتصميم ورقة عمل خاصّة بالأخصائيين النفسانيين وذلك في إطار عمل تقييمي لدورهم في الممارسة النفسية بالوسط العقابي وكذا تقييمهم في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط

العقابي، حيث تكونت ورقة العمل من عشر (10) اسئلة وتم عرضها على محكمين مقسمين بين: 04 أساتذة جامعيين (01 دكتوراه، 03 ماجستير)، و03 خبراء ممارسين في مجال الصحّة النفسية.

5-**تحليل ورقة العمل:**

تم بناء الوثيقة بـ 03 محاور وكلّ محور تندرج ضمنه أسئلة تخدم فرضية معيّنة.

-محور دور الاخصائي: 1-2-4-6(فرضية الدور الفعال للأخصائي)

-محور الصحّة النفسية:7-9-10(فرضية تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي)

-محور العلاج والرعاية:3-5-8-9(فرضية علاج ورعاية المسجون)

5-1-مناقشة الفرضية الاولى: "يلعب الاخصائي النفساني دورا مهما في الوسط العقابي".

تم الاتفاق من جميع الاخصائيين النفسانيين على الدور الفعال للاخصائي والتقدم في العمل النفسي الميداني ،في ضل المساعدة المقدمة من طرف المحيطين والعاملين بالوسط العقابي وكذا العمل التكاملي والجماعي بين الاخصائيين والاطباء وما يثري هذا الدور هو التجاوب الذي يحضى به الاخصائي داخل الوسط العقابي.

5-2-مناقشة الفرضية الثانية: "يساهم الأخصائي النفساني في علاج ورعاية المسجون "

من خلال التطرق إلى ميدان الممارسة في الفحص والعلاج وبكون الباحثين ممارسين بالميدان فان الاهتمام بالمسجون من اولى الاولويات المدرجة في عملنا من حيث تطبيق العلاج الجماعي في علاج بعض الاضطرابات (هناك من الاخصائيين الجدد لا يستخدمون التقنيات العلاجية الجماعية لنقص الخبرة) وكذا استخدام الروائز والاختبارات النفسية أثناء التشخيص والمعاينة النفسية لبعض الاخصائيين ذوي الخبرة والذين تتوفر لديهم الاختبارات ومارسوا دورات تكوينية حولها ،و كذا هناك تجاوب وتقبل من طرف المسجون لأهمّية وجود الاخصائي ورغبته في العلاج.

5-3-مناقشة الفرضية الثالثة: 'يساهم الاخصائي النفساني في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي"

باستخدام الأسس، التقنيات، والطرق والإجراءات السيكولوجية لفهم ديناميات شخصية المسجون وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أصناف العلاج ثم العمل إلى الوصول بالمسجون إلى أقصى توافق اجتماعي نفسي ذاتي ممكن وصحّة نفسية سليمة وذلك بمساعدته على التكيف مع الوسط العقابي والملاحظ من خلال تقبل المسجون

للأخصائي وتجاوبه في كلّ مراحل المتابعة النفسية يمكن اعتبارها مؤشر للصحّة النفسية وكذا التقدم الملاحظ في عمليات الاستقبال والتشخيص و العلاج والتنبؤ.

6-مناقشة عامّة للفرضيات من خلال التكفّل النفسي في الوسط العقابي:

من خلال ما سبق يمكن القول أنَّ الفرضيات المدرجة كانت تبحث على أهمّية دور الأخصائي النفساني في تحقيق الصحّة النفسية في الوسط العقابي وكانت أيضا من منطلق الحاجة الماسة لتحقيق الذات المهنية ولتغطية الطلبات المفصح عنها والكامنة للمحبوس التي جعلت من الأخصائيين يوظفون كلّ معارفهم النفسية من تقنيات فحص وعلاج مكتسب ذا مرجع نظري علمي في سياق عمل ميداني اعتمد فيه المنهج العيادي سمح باكتساب خبرة ميدانية حققت نتائج ميدانية طورت من دور الأخصائي النفساني الاكلنيكي في تكفله بهذه الشريحة من المجتمع مع الأخذ بالبعد الإجرامي وتبني استراتيجية عمل تهدف إلى الوقاية والعلاج والإصلاح وإعادة الإدماج.

أعطت ورقة العمل المدرجة في تقييم العمل النفسي للأخصائي النفساني صورة عامّة للتكفّل النفسي في الوسط العقابي مؤكّدة على ضرورة المرور بمراحل العمل النفسي كالتالي:

أ-فحص أولي للداخلين الجدد إلى المؤسّسة العقابية.

ب-التكفّل النفسي: تستهدف هنا الفئة التي تعاني من اضطرابات نفسية تتعدى الحالة الاستجابية العابرة إلى أعراض مرضية ثابتة ومتكررة تلحق بصاحبها تشوه في حياته النفسية والعلائقية يخل بتوازنه النفسي تكون محل شكوى من المحبوس أو موجهة من طرف طبيب المؤسّسة أو موظف إعادة التربية، وفق استراتيجيات منظمة وهادفة كالتالي:

المراحل	الإجراءات
المرحلة الاولى المرحلة الثانية	• الملف الطبي -بطاقة السلوك -ملف اجتماعي • برمجة مقابلات عيادية
المرحلة الثالثة المرحلة الرابعة	• برمجة جلسات عيادية -العقد العلاجي -المدة • مرحلة ما بعد العلاج (تقييم تطور الحالة)

ج- التكفّل بالفئات الخاصّة:

1-الفئات المستهدفة:

* المدمنين: تتطلب هذه الفئة عناية خاصّة وذلك بالتنسيق مع الأطباء المختصين لوضع برنامج علاجي يعتمد الخطوات التالية:

- تحديد نوع الادمان (نفسي، نفسي جسدي ودرجة التعود) والمواد المدمن عليها.

- وضع المدمنين في أماكن خاصّة للمتابعة النفسية.

- التكفّل بالجانب النفسي والاجتماعي.

- تنظيم حملات تحسيسية تشمل عرض لأضرار المخدرات.

- تزويد العلاج الكيميائي بالعلاج النفسي الفردي أو الجماعي والعلاج عن طريق العمل.

* الانتكاسين:

- ضبط الخصائص النفسية والسلوكية للانتكاسين وتقييم درجة الحطورة لديهم.

- التدخل يكون بأخذ البعد الاجرامي (شخصية اجرامية).

- المقابلات مع هذه الفئة تكون غالبا موجهة والعلاج يكون على شكل برنامج.

* الأمراض العقلية:

- يجب أن يكون العلاج دوائيا بالدرجة الأولى وذلك بغرض إستقرار الحالة لإمكانية المتابعة النفسية التي تتبع في تكفلها لهذه الفئة الخطوات التالية:

- حسب بروفيل الحالة، ينظم الأخصائي النفساني مقابلات عيادية لدراسة الأسباب النفسية الكامنة التي كانت مفجرة للاختلال العقلي.

- يحاول التقليص من التبعية الدوائية وتجاوز حالة الاستقرار إلى حالة الشفاء.

- وضع المريض في عزلة تحت المراقبة إذا كان يشكل خطر على الأخرين.

- تطبيق العلاج عن طريق العمل، لأن النشاط الجسدي يساعد على تفادي الهذاءات والهلاوس التي تبعد المريض عن الواقع إلى اللاواقع.

* المحكوم عليهم بالمؤبد والاعدام:

- تقييم ميكانيزمات التكيف لديهم.

- تنمية الأساليب الإيجابية في التكيف.

- مساعدتهم على تقبل العقوبة وتواجدهم في المكان المغلق كحياة جديدة عليهم ويجدوا مكانتهم فيها.

- تشجيعهم على القيام بالعمل داخل المؤسّسة.

- استمرارية المسايرة النفسية لتفادي حالة الأزمات.

2- الفئات الضعيفة:

* الأحداث:

- ضرورة الفحص الأولي عند الدخول وضرورة تنظيم حصص ارشادية مستمرة لمساعدته وتوجيهه.

- ضرورة تخصيص حصص مع الأحداث بحضور عائلاتهم.

- وسائل الترفية ضرورية جدا للأحداث ويمكن للأخصائي النفساني أن يقترح وسائل ترفيهية أكثر تناسبا مع هذه الفئة.**(دليل الاخصائي النفساني ،مرجع سابق ،ص 29)**

- من الضروري تنقل الأخصائي إلى الحيازة وإلى قاعات التدريس والتكوين للملاحظة والمتابعة.

- من الضروري إدلاء الأخصائي النفساني برأيه فيما يخص اختيار المحبوسين الراشدين للعمل في جناح الأحداث.

- من ضروري تخصيص مساحات من العلاج الجماعي الخاصّ بالأحداث لأنها ذات منفعة كبيرة.

- مرافقتهم ومتابعتهم أثناء تكوينهم.

- تطبيق العلاج السايكودرامي أين يتعلم من خلاله تبني سلوك الراشد.

- إخضاع الأحداث وعائلاتهم لعلاج نفسي أسري لمعالجة الاختلال التنظيمي في العائلة.

- توعية المساجين الاحداث البالغين سن 18 سنة بالمتغيّرات الجديدة التي ستواجههم في جناح الراشدين.

- مساعدة الحدث على تجاوز أزمة الهوية- بناء شخصية متوازنة.

- اكتساب خبرة إيجابية من خلال برامج إعادة الادماج.

- تنمية روح المسؤولية- تقمص سلوكات إيجابية.

* النساء:

- تحتاج هذه الفئة إلى عناية خاصّة وبالخصوص النساء المحبوسات الحوامل والأمهات(وجود الأطفال داخل الحيازة).

- المرافقة النفسية للأمهات والوقاية من حالات العنف ضد الأطفال.

- التنسيق مع المساعدة الاجتماعية للمحافظة على الروابط العائلية (أم طفل).

- تحفيز المرأة لإثبات ذاتها عن طريق القيام بنشاطات مختلفة.

3- الحالات الأخرى لتدخل الأخصائي النفساني:

-التدخل في حالة الأزمات:

يشارك الاخصائي النفساني العيادي في خلية الازمة لمواجهة بعض الحالات مثل: الاضراب عن الطعام، محاولة الانتحار، تشويه الذات، الاعتداء على الغير، محاولة الفرار، الحرق العمدي...

-العزلة الوقائية:

هي اجراء يلجأ إليه الأخصائي النفساني كحل وسط يسمح بالوقاية من خطر قد يمس بسلامة المحبوس النفسية والجسدية أو باقي المحبوسين أو أمن المؤسّسة.**(دليل الاخصائي النفساني ،المرجع السابق ،ص 30)**

تختلف العزلة الوقائية عن العزلة التأديبية وترمي إلى استقرار حالة المريض الذي يخضع للمتابعة النفسية المستمرة أثناء هذه الفترة.

- العزلة التأديبية:

من الضروري تنقل الاخصائي النفساني لزيارة المحبوس المتواجد بالعزلة التأديبية والتكفّل به نفسيا، كما يحق للأخصائي النفساني وقف نظام العزلة التأديبية للحالات التي تستدعي ذلك من أجل تفادي بعض الأزمات.

-تحضير المحبوس للخروج النهائي:

يعتمد في بعض الحالات على الاجراءات التالية:

-التوجيه نحو بعض مراكز العلاج لإزالة التسمم من المخدرات.

-التوجيه نحو الجمعيات التي تساعد على الاندماج الاجتماعي للمحبوسين.

-التنسيق مع العاملين بالمصالح الخارجية لإعادة الادماج.

-التنسيق مع خلية اعادة الادماج المكونة من فريق متعدد الاختصاصات في مجال تحضير المحبوس للخروج النهائي.**(دليل الاخصائي النفساني ،المرجع السابق ،ص ص 27-32)**

7-خاتـــمة:

ان الخوض في ميدان الصحّة النفسية بالوسط العقابي يعتبر من التحديات الراهنة التي يتنافس حولها الباحثين ،وكون ميدان الوسط العقابي من الميادين التي تسيل لعاب العديد من الدارسين والمهتمين بمجال الدراسات النفسية والسوسيولوجية، وقد يكون الاخصائي النفساني الاكلينيكي، من بين المحظوظين الذين يحتكون بهاته الفئة ،كونه يستطيع الولوج اليهم والبحث والتقصي في جل الحالات، فقط هناك بعض العراقيل الميدانية تحول بين تطبيق بعض الاجراءات المنهجية والعيادية وباعتبار دور الاخصائي النفساني له دور فعال في تحقيق اقصى درجات الصحّة النفسية وكيفية التكيف السليم والتقبل لهذا الوسط وإعداد المسجون لإدماجه بالوسط الاجتماعي بعد انقضاء مدة العقوبة هذا ناهيك عن بعض الاجراءات الادارية الاخرى التي تندرج ضمن مخططات عمله بالوسط العقابي.

8-التوصيات:

-ضرورة الاهتمام بالأخصائي النفساني الاكلينيكي كونه الحلقة المهمة في الوسط العقابي.

- تكثيف الدورات التدريبية داخل وخارج الوطن لتزويد معارفه وتطوير قدراته.

-إتاحة الفرصة للأخصائي لإظهار قدراته العلاجية في بعض الحالات.

-توفير بعض الاختبارات والروائز النفسية الحديثة التي تساعد في التشخيص والعلاج للمسجون.

-التأكيد على الدور الاسري وتركيز الدراسات على هاته الفئة من ذوي أسر المسجون.

-تطوير العلاج البيئي وأهمّية العلاج بالعمل في الوسط العقابي.(التحضير الجيد للخروج)

-تأمين الرعاية والمعالجة والتأهيل والمساعدة بعد فترة السجن.(تجنب صدمة الخروج)

المراجــع:

1. حسن مصطفى عبد المعطي (1998).**علم النفس الإكلينيكي**. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
2. صالح حسن الداهري،(2005).**مبادئ الصحّة النفسية**.(ط1).عمّان:دار وائل للنشر والتوزيع.
3. عبد الستار إبراهيم (1988). **علم النفس الإكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي**. الرياض: دار المريخ للنشر.
4. فهد بن عبد الله الربيعه(2014).**دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي كما يدركه الطبيب النفسي" دراسة على عيّنة من الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات الصحّة النفسية بالمملكة العربية السعودية**".المملكة العربية السعودية:دار النشر

5. لويس كامل مليكة.(1977). **علم النفس الإكلينيكي، ط1**، القاهرة: الهيئة المصرية العامّة للكتاب.

6. ليندا دافيدوف (1988). **مدخل علم النفس**. القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.

7. محمد نجيب الصبوه (2002). **الاختصاصي النفسي والأمراض المهنية**: دورة في الوقاية والتشخيص والعلاج. ***دراسات نفسية***، 12، (3)، 339-329.

8. منظمة الصحّة العالمية (1985).**دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مؤسّسات الصحّة النفسية**. ترجمة: زين العابدين درويش. في: مصطفى سويف وآخرين: ***مرجع في علم النفس الإكلينيكي***، القاهرة: دار المعارف.

9. موسي جبريل وآخرون.(2002):**التكيف ورعاية الصحّة النفسية**.(ط2).القدس:منشورات جامعة القدس المفتوحة.

10. وناس أمزيان(2010).**الأخصائي النفساني الممارس في الوسط العقابي بين أخلاقيات المهنة ومتطلبات الوظيفة**.مجلة العلوم الاجتماعية العدد 11 جوان 2010 سطيف.ص ص 93-104

11. وناس أمزيان(2013).**صدمة الافراج**.مجلة دراسات العدد 27اوت 2013.الأغواط ص ص86-109

12. دليل الاخصائي النفساني.(2013) وزارة العدل الجزائرية، المديرية العامّة لادارة السجون واعادة الادماج. الجزائر

1- Bland, R.C. ; Newman, S. C. & Om, H. (1990). Health Care Utilization For Emotional Problems From A Community Survey. Canadian Journal Of Psychiatry, 35, 397-400.

2- Cailhoun, J. &Acocela, J. (1990). Psychology Of Adjustment And Human Relationships. McgrawHill,Inc.

3- Costin, F. &Draguns, J. (1989) Abnormal Psychology. New York: John Wiley & Sons.

4- Holmes, D. (1994). Abnormal Psychology. New York: Harper Collins College Publishers.

5- Matthew, J. (1993) A Survey Of Mental Health Professional Perceptions Of The Qualifications Of Clinical Psychologists. Psychotherapy In Private Practice. 12 (4), 17-31.

6- Meyers, J. D., Fink, C. M. & Carey, P. F. (1988). Medical Views Of Psychological Consultation. Professional Psychology: Research And Practice, 19, 356-358.

7- N.Sillamy , Dictionnaire De La Psychologie, Larousse Bordeau. France.

8- Sarrason, L. G. &Sarason, B. R. (1984). Abnormal Psychology: The Problem Of Maladaptive Behavior. New Jersy: Prentice-Hall, Inc.

9- Schindler, F.; Berren, M. R. ; Hannah, M. T. ; Beigel, A. & Santiago, J. M. (1987). How The Public Perceives Psychiatric Physicians, Psychologists ,Non-Psychiatric Physicians, And Members Of The Clergy. Professional Psychology: Research And Practice, 4 , 371-376.

10- Spencer, A. R. (1993) Psychology. Fortworth: Harcourt Brace College Publishers.

-علي جاسم الزبيدي (2014) دور المؤسّسات التعليمية في تحقيق الصحّة النفسية ورعايتها للدارسين محاضرة منشورة بتاريخ 2014/02/16.جامعة بابل -العراق

تاريخ نشر الموضوع 2013/10/23 حرر بواسطة اعلام مركز التعليم المستمر على الساعة:09.55

http://cec.uobabylon.edu.iq/press/article.aspx?index=217

-موقع جامعة سطيف

http://revue-fshs.univ-setif.dz/index.php?id=573

بتاريخ: 12-04-2015 على الساعة 21.47

ورقة عمل خاصّة بالأخصائيين النفسانيين

في إطار تحضير عمل تقييمي للأخصائيين النفسانيين يرجى منكم الإجابة على التساؤلات والاهتمامات الواردة على هذه الورقة خاصّة بتحقيق الصحةالنفسية بالوسط العقابي.

-الجنس:............- مدة(خبرة) العمل:............- مكان العمل:..........................

س1/ هل ترى نفسك متقدم في العمل النفسي الميداني بالوسط العقابي ؟

س2/هل تتلقى مساعدة من طرف المحيطين بك في العمل النفسي(المسؤولين) ؟

س3/هل تستخدم الروائز والاختبارات النفسية أثناء التشخيص والمعاينة النفسية ؟

س4/هل تعمل في إطار جماعي وتكاملي مع الأخصائيين المعنيين بالوسط العقابي؟

س5/هل تستخدم العلاج الجماعي في علاج بعض الاضطرابات وغيرها ؟

س6/هل هناك تجاوب مع الاخصائي النفساني في الوسط العقابي؟

س7/هل ترى أي تقدم أثناء الممارسة النفسية في تحقيق الصحّة النفسية بالوسط العقابي ؟

س8/ هل تلقيت دورات تكوينية وتدريبية أثناء مسارك المهني كممارس نفسي ؟

س9/هل هناك تقبل للأخصائي النفساني من طرف المسجون كعنصر هامّ لتحقيق الصحّة النفسية؟

س10/ماذا تقترح كـ(ممارس نفسي) ما يساعد على تحسين دور الاخصائي في الوسط العقابي؟



Université Amar Telidji -Laghouat-

DIRASSAT

Revue internationale

N° 40

MARS 2016

ISSN 1112-4652